



УДК 616/714.3+714.216/-006.03/04-07

Т. М. Бабкіна¹, Л. Г. Розенфельд², В. О. Рогожин³,
М. Б. Піонтковська¹, М. М. Колотилів², Ю. П. Терницька³

КОМП'ЮТЕРНО-РЕНТГЕНІВСЬКІ ТА МАГНІТОРЕЗОНАНСНІ ТОМОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ У ПОРОЖНИНУ ЧЕРЕПА

¹Одеський державний медичний університет,

²Інститут отоларингології АМН України,

³Науково-діагностичний центр АМН України «Здоров'я літніх людей»

Розвиток і розповсюдження злоякісних пухлин відбуваються шляхом проникнення чи проростання новоутворень у суміжні тканини й анатомічні структури [1].

Проникнення пухлин спостерігається тоді, коли новоутворення, що має великі розміри, виходить за межі анатомічної ділянки, в якій воно первинно виникло, і однією зі своїх периферичних частин розташовується в одній, двох і більше суміжних анатомічних ділянках [2]. При цьому спостерігається руйнування кісткових стінок внаслідок атрофії кісткової тканини від тиску, однак переходу пухлинного процесу на кісткові стінки й навколишні тканини не відмічається.

Проростання відбиває одну з головних особливостей злоякісних пухлин — залучення у патологічний процес анатомічних утворень, які оточують цю пухлину, і перетворення їх на єдиний з пухлиною конгломерат [3; 4].

Розрізнення цих двох процесів — проникнення та проростання — необхідне для планування та вибору адекватного доступу, а також для визначення обсягу хірургічного втручання при лікуванні хворого [4], якщо останнє доцільне.

Матеріали та методи дослідження

Хворих обстежували на комп'ютерних томографах X-reed, X-press HS-1 фірми «Тошиба» і «Соматом» фірми

«Сіменс». МРТ-дослідження проводили на томографі «Магнетом Візіон» з індукцією магнітного поля 1,5 Тл. Усього обстежено 89 хворих з розповсюдженими пухлинами навколоносових пазух.

Найперші ознаки руйнування кісткових структур діагностуються на РКТ-зображеннях. Оптимальна умова для виявлення: стінка пазухи, яку досліджують, має бути перпендикулярно площині РКТ-зображення.

Для візуалізації внутрішньочерепної частини пухлини при РКТ-дослідженні обов'язково проводять внутрішньовенне рентгеноконтрастне підсилення і гістографічний аналіз структури пухлини в інтракраніальному напрямку з її гіпоцентра.

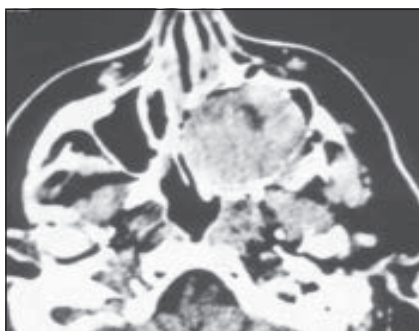


Рис. 1. Хворий Ч. 56 років. Гемангіоперицитома лівої верхньощелепної пазухи з інтрасинусоназальним, орбітальним розповсюдженням. РКТ, аксіальна площина

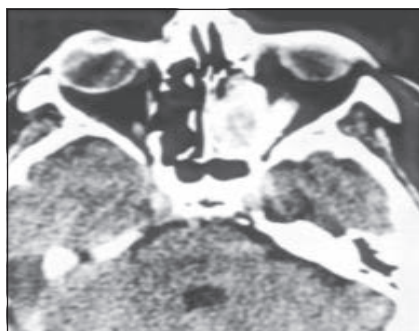


Рис. 2. Той самий хворий. РКТ, аксіальна площина. Атрофія стінок пазухи від тиску та їх деформація, компресія носових ходів зліва, дислокація носової перегородки

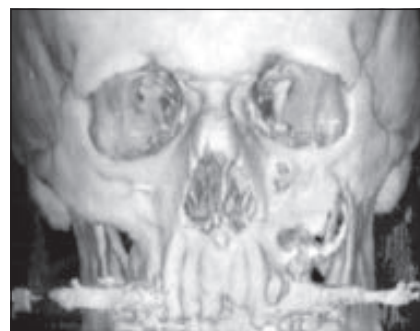


Рис. 3. Той самий хворий. РКТ, тривимірна реконструкція. Деформація стінок верхньощелепної пазухи та руйнування передньої стінки



Результати дослідження та їх обговорення

Головною достовірною ознакою інтракраніального розповсюдження злоякісної пухлини на РКТ-зображеннях (аксіальна та коронарна площина) є руйнування кісткових структур. РКТ, особливо в аксіальних і коронарних площинах, дає детальне уявлення про стан тонких кісткових структур й одночасно дозволяє візуалізувати м'якотканинний пухлинний компонент у суміжних з пазухами анатомічних ділянках (рис. 1–3).

На коронарних МРТ-зображеннях критеріями проростання пухлини в порожнину черепа є зникнення характерної гіпоінтенсивної структури кісток основи черепа і наявність власне пухлини в порожнині черепа.

Для візуалізації крилопіднебінної ямки найбільш адекватною при МРТ-дослідженні є аксіальна площина. Жирова тканина, яка заповнює ямку, на T_1 - та T_2 -томограмах відповідає гіперінтенсивній структурі. Головною ознакою пухлинного ураження цієї зони є наявність гіпоінтенсивної зони, контури якої чітко візуалізуються.

Ранні МРТ-ознаки початкових етапів розповсюдження пухлини у підскроневу ямку:

- симптом зникнення гіперінтенсивної структури клітковини, яка розташована позаду задньозовнішньої стінки верхньощелепної пазухи;

- деформація задньозовнішньої стінки верхньощелепної пазухи порівняно з симетричним боком.

На фронтальних МРТ зображеннях проростання пухлини у порожнину черепа візуалізується як зникнення характерної гіпоінтенсивної структури кісток основи черепа та наявність власне пухлини у порожнині черепа (рис. 4).

Злоякісні пухлини розповсюджуються у підскроневу

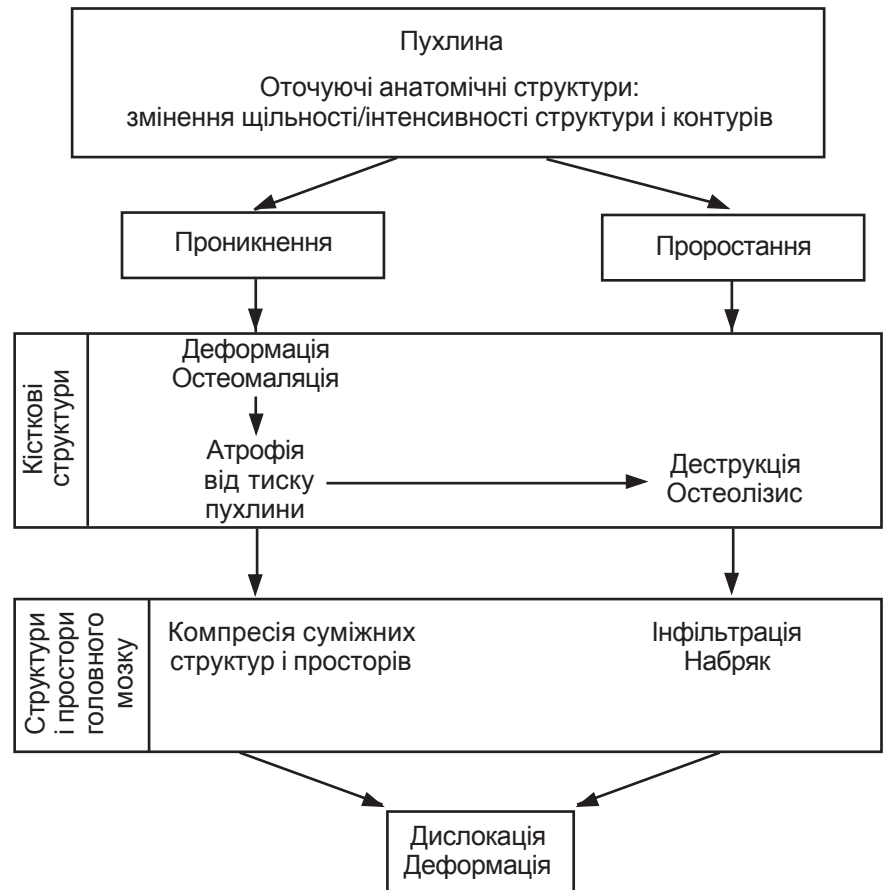


Рис. 4. РКТ- і МРТ-критерії розповсюдження пухлин навколоносових пазух в порожнину черепа

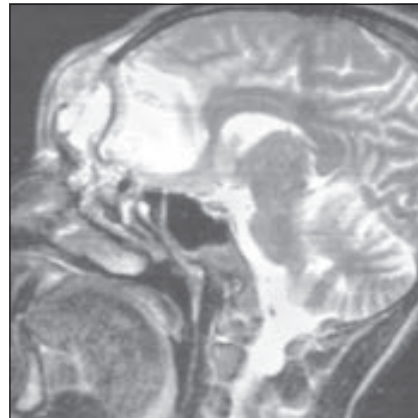


Рис. 5. Хворий П., 38 років. Плоскоклітинний зрговілий рак лобної пазухи з інтракраніальним розповсюдженням. МРТ у сагітальній площині. T_2 -зображення. Проростання пухлиною оболонок головного мозку з інфільтрацією кіркових відділів лівої лобної частки

ямку через зруйновану задньозовнішню стінку верхньощелепної пазухи. Для оцінки інвазії пухлини верхньощелепної пазухи у підскроневу ямку оптимальним є T_1 -зв'язане зображення: зображен-

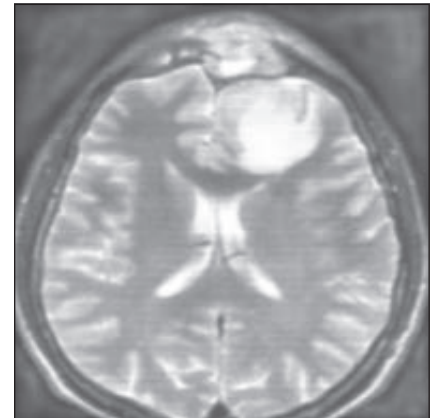


Рис. 6. Той самий хворий. Аксіальна площина. Деформація переднього рога лівого бічного шлуночка. Дислокація серединних структур мозку праворуч

ня пухлини гіперінтенсивне щодо м'язової тканини та гіпоінтенсивне щодо жирової тканини. T_2 -томограми більш повноцінно візуалізують архітектоніку цієї ділянки (рис. 5; 6).



Висновки

1. Суперпозиція клінічної симптоматики, МРТ-, РКТ-зображень запобігає хибнопозитивним висновкам і гіпердіагностиці.

2. Адекватно використовувати РКТ-дослідження для визначення деструкції кісткових структур, однак на РКТ-зображеннях незадовільно диференціюються межі м'якотканинного компонента пухлини та супровідного запалення.

3. На МРТ-зображеннях кісткові контури пазух виглядають гіпоінтенсивними струк-

турами порівняно з ізо- та гіперінтенсивними структурами м'яких тканин, слизової оболонки.

4. T₂-зображення структури запальної тканини більш гіперінтенсивне, ніж T₂-зображення м'якотканинної злроякісної пухлини. Це дозволяє з більшою точністю визначити справжні межі пухлини.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Визуалізація* опухолей слизистой оболочки полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти при помощи компьютерной томографии / А. В. Араблинский, А. М. Сдвижков,

Н. В., А. Н. Гетман // *Мед. визуализации*. — 2001. — № 4. — С. 50-56.

2. *Бабкіна Т. М.* Рентгенівська комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія у діагностиці поширених пухлин основи черепа, навколоносових пазух: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — К., 1999. — 31 с.

3. *Опухоли* черепно-челюстно-лицевой области: новые подходы к хирургическому лечению и реабилитации / В. И. Чиссов, А. Н. Коновалов, И. В. Решетов и др. // *Рос. онколог. журнал*. — 2002. — № 5. — С. 4-9.

4. *Штиль А. А.* Злокачественные новообразования полости носа и околоносовых пазух III–IV стадий (распространение, клиника, диагностика, лечение первичных опухолей и рецидивов): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1979. — 32 с.

УДК 616.381-072.1-089-07-08

С. О. Гешелін¹, М. А. Каштальян¹, М. В. Міщенко¹, В. Ю. Шаповалов²

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЖИВОТА

¹ Одеський державний медичний університет,
² 411-й Центральний клінічний військовий госпіталь
Південного оперативного командування, Одеса

Вступ

Діагностична лапароскопія сьогодні є найбільш чутливим і специфічним методом діагностики гострих хірургічних захворювань живота [1–6]. Істотною перевагою методу є можливість переходу від діагностичної лапароскопії до лікувальної лапароскопічної операції [7–12]. Лікувальна лапароскопія у хворих із гострою хірургічною патологією живота застосовується нами з 1982 р.

Матеріали та методи дослідження

Лапароскопічні операції з приводу гострих хірургічних захворювань живота виконані нами у 1213 хворих (табл. 1). У табл. 2 подано результати 1502 операцій, виконаних у 1213 хворих.

Загалом 780 холецистектомій, 61 апендектомія, 70 адгезіолізисів, 170 холецисто-

стомій, 192 катетеризації круглої зв'язки печінки, 229 дренажів черевної порожнини (усього 1502 операції) проведено з використанням відеолапароскопічних комплексів "Olympus" чи за допомогою оптичного лапароскопа фірми "Karl Storz".

Результати дослідження та їх обговорення

Гострий холецистит. У традиційній відкритій хірургії прийняте уявлення про оптимальний 72-годинний термін виконання операції з приводу гострого холециститу. Відеолапароскопічна ревізія дозво-

ляє об'єктивно оцінити ситуацію і вчасно прийняти рішення про виконання лапароскопічної холецистектомії, або про обмеження втручання холецистостомією, або про конверсію з переходом до лапаротомії і виконання традиційної відкритої операції, або про дренажування черевної порожнини і відкладання операції до настання «холодного» періоду.

У перші 72 год нами прооперовано 363 хворих (312 холецистектомій, 51 холецистостомія), між 3-ю і 6-ю добою — 284 хворих (267 холецистектомій, 17 холецистостомій),

Таблиця 1

Лікувальна лапароскопія у хворих з гострими хірургічними захворюваннями живота

Захворювання	Кількість хворих
Гострий холецистит	853
Гострий панкреатит	229
Спайкова непрохідність кишечнику	70
Гострий апендицит	61
Усього	1213

