

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ

Дюрягина Ксения Олеговна¹, Бизяева Полина Андреевна¹, Шмальц Любовь Алексеевна¹, Абдулкеримов Хийир Тагирович^{1,2}, Карташова Ксения Игоревна¹, Абдулкеримов Замир Хийирович²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Носоглотка представляет собой верхний отдел глотки, передней границей которой являются хоаны и край сошника, нижней - мысленное продолжение плоскости твердого неба кзади, позади носоглотки располагаются 1 и 2 шейные позвонки. Количество новообразований носоглотки имеет тенденцию к увеличению в течение последних 10 лет. **Цель исследования** – изучить клинико-диагностические особенности новообразований носоглотки с предоставлением клинического примера для обучения врачей, клинических ординаторов. **Материал и методы.** В качестве примера был использован разбор карты стационарного больного, лечившегося в оториноларингологическом отделении ГАУЗ СО «ГКБ № 40». **Выводы.** Новообразования носоглотки являются трудно диагностируемыми из-за длительного бессимптомного течения или проявления неспецифическими признаками, что маскирует их под воспалительные заболевания. Необходимо сохранять онкологическую настороженность в случаях длительно протекающих воспалительных заболеваний носоглотки, трудно поддающихся лечению, особенно при наличии «нетипичной» картины течения заболевания. Использование лучевых методов исследования КТ и МРТ околоносовых пазух и носоглотки, эндоскопии полости носа и носоглотки на этапе до проведения гистологической верификации позволяют установить предварительный диагноз заболевания и выбрать оптимальную тактику ведения и лечения пациента. Четкий диагностический алгоритм при подозрении новообразования носоглотки и комплексный подход к проблеме позволят выявлять патологию до развития значимых осложнений, ускорить постановку диагноза, уменьшить риск диагностических ошибок, а значит, увеличат вероятность благоприятного исхода последующего лечения.

Ключевые слова: новообразование носоглотки, ольфакторная нейробластома, эндоскопия носоглотки

TACTICS FOR MANAGING PATIENTS WITH PRIMARY NASOPHARYNGEAL TUMORS

Dyuryagina Ksenia Olegovna¹, Bizyaeva Polina Andreevna¹, Shmalts Lyubov Alekseevna¹, Abdulkirimov Khiiir Tagirovich^{1,2}, Kartashova Ksenia Igorevna¹, Abdulkirimov Zamir Khiiirovich².

¹Ural State Medical University

²City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The nasopharynx is the upper part of the pharynx, the anterior border of which is the choanae and the edge of the vomer, the lower border is the mental continuation of the plane of the hard palate posteriorly, behind the nasopharynx are the 1st and 2nd cervical vertebrae. The number of nasopharyngeal tumors has tended to increase over the past 10 years. **The aim of the study** is to the clinical and diagnostic features of nasopharyngeal tumors, providing a clinical example for training doctors and clinical residents. **Material and methods.** As an example, the analysis of the card of an inpatient who was treated in the otorhinolaryngological department of the City Clinical Hospital № 40 was used. **Conclusion.** Neoplasms of the nasopharynx are difficult to diagnose due to their long asymptomatic course or the manifestation of nonspecific signs, which masks them as inflammatory diseases. It is necessary to maintain oncological vigilance in cases of long-term inflammatory diseases of the nasopharynx that are difficult to treat, especially in the presence of an «atypical» pattern of the disease. The use of radiation methods for studying CT and MRI of the paranasal sinuses and nasopharynx, endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx at the stage before histological verification allows us to establish a preliminary diagnosis of the disease and select the appropriate tactics for the management and treatment of the patient. A clear diagnostic algorithm for suspected nasopharyngeal neoplasm and an integrated approach to the problem will make it possible to identify pathology before the development of significant complications, speed up diagnosis, reduce the risk of diagnostic errors, and therefore increase the patient's chance of a favorable outcome of subsequent treatment.

Keywords: nasopharyngeal tumor, olfactory neuroblastoma, endoscopy of the nasopharynx.

ВВЕДЕНИЕ

Носоглотка представляет собой верхний отдел глотки, передней границей которой являются хоаны и край сошника, нижней - мысленное продолжение плоскости твердого неба кзади, позади носоглотки располагаются 1 и 2 шейные позвонки.

Количество выявлений новообразований носоглотки имеет тенденцию к увеличению в течение последних 10 лет за счет развития и распространения эндоскопических и радиологических методов обследования пациентов. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2014 г., распространенность патологии носоглотки у мужчин в 5,4 раза выше, чем у женщин, и сопровождается более высоким риском малигнизации патологического процесса у пациентов после 40 лет.

Цель исследования – изучить клинико-диагностические особенности новообразований носоглотки с предоставлением клинического примера для обучения врачей, клинических ординаторов

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По Международной гистологической классификации выделяются следующие группы доброкачественных опухолей полости носа, околоносовых пазух и носоглотки [3]:

1. Доброкачественные эпителиальные опухоли: папиллома; переходно-клеточная папиллома (цилиндроклеточная папиллома, папиллома из респираторного эпителия): а) инвертированная; б) экзофитная; аденома; онкоцитома (оксифильная аденома); плеоморфная аденома (смешанная опухоль).

2. Опухоли мягких тканей: гемангиома, гемангиоперицитома, лимфангиома, нейрофиброма, неврилеммома (шваннома), миксома, фиброксантома, юношеская ангиофиброма.

3. Опухоли кости и хряща: хондрома, остеома, оссифицирующая фиброма.

4. Смешанные опухоли: тератома, менингиома, меланотическая нейроэктодермальная опухоль (меланотическая прогнота) и другие. (глиома, краниофарингиома).

5. Опухолеподобные поражения: фиброзно-отечный полип, киста Торнвальда, псевдоэпителиоматозная гиперплазия, гипертрофия носоглоточной миндалины.

Группы злокачественных образований носоглотки [4]:

1. Злокачественные эпителиальные опухоли: рак носоглотки (плоскоклеточный рак, крупноклеточный, неороговевающий; плоскоклеточный рак, ороговевающий; недифференцированный рак), аденокарцинома, цилиндрома.

2. Опухоли мягких тканей: фибросаркома, рабдомиосаркома, нейрофибросаркома и другие.

3. Опухоли лимфоидной ткани: лимфосаркома и другие.

Основные клинические проявления патологии носоглотки обусловлены особенностями ее анатомии и связаны с локализацией опухоли, ее размерами и клеточной структурой. Доброкачественный характер опухоли проявляется преходящей дисфункцией слуховых труб; постназальным синдромом; постепенным нарушением резонаторной функции носоглотки, что приводит к нарастанию гнусавости и храпу. Особое внимание врачу необходимо обратить на наличие следующих симптомов: односторонняя дисфункция евстахиевой трубы, хроническое воспаление среднего уха, снижение слуха на одно ухо, затруднение носового дыхания и носовые кровотечения, особенно на стороне пораженного уха, головная боль, гнусавость, боль в проекции носоглотки. Именно такая клиническая картина характеризует злокачественное течение заболевания. Основываясь исключительно на клинических проявлениях заболевания, трудно провести дифференциальную диагностику между доброкачественным или злокачественным характером роста [1,2].

Затруднение диагностики также связано с длительным бессимптомным течением заболевания или маскировкой под другие патологические состояния, которые являются следствием наличия новообразования в носоглотке: евстахеит, средний экссудативный отит, мезотимпанит, аллергический ринит, синусит, синдром обструктивного апноэ сна, носовое кровотечение, затруднение носового дыхания вследствие искривления носовой перегородки.

При любых случаях подозрения на наличие образования в носоглотке необходимо соблюдать последовательность диагностических манипуляций, первой из которых является эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки. Доказано, что чувствительность, специфичность и точность для назальной эндоскопии при подозрении на злокачественный процесс составляют соответственно около 93%. При использовании назальных эндоскопов с функцией узкоспектральной визуализации (NBI) возможно с помощью голубого спектра отчетливо визуализировать характер извитости сосудов и степень васкуляризации исследуемой зоны, что является косвенным признаком характера патологического процесса. Но данный метод является труднодоступным, поэтому используется в качестве диагностики лучевые методы исследования. Проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головы с контрастированием, при котором проводится анализ изображения с контрастным усилением с целью определения наличия опухоли, ее однородности, развитие сосудистой сети, стадийности опухоли, включая периневральное распространение и внутричерепное распространение процесса, степень поражения лимфатических узлов. Другим известным методом визуализации является Компьютерная томография (КТ) головы с контрастным усилением, при котором происходит исследование костных структур, их контуров и целостности, оценка плотности образования, наличие капсулы образования и его способность копировать контрастный препарат. По отдельности КТ и МРТ дают богатую информацию для установления диагноза, но выполненные вместе КТ и МРТ дополняют друг друга [3].

Своевременно проведенный комплекс обследований пациента с подозрением на патологию носоглотки позволяет установить диагноз на ранних стадиях и провести гистологическое исследование в максимально ранние сроки. По результатам гистологического исследования выбирается дальнейшая тактика. При диагностике злокачественного процесса пациенту устанавливается стадийность процесса согласно Международной классификации злокачественных новообразований TNM. Для этого обязательно проведение ультразвукового исследования (УЗИ) лимфатических узлов шеи, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенографии грудной клетки.

Лечение патологического процесса в носоглотке необходимо начинать в ранние сроки с момента диагностики. Рассмотрим клинический случай пациентки с новообразованиями носоглотки с целью анализа тактики ведения пациента для обучения врачей, клинических ординаторов с использованием лучевых методов исследования КТ и МРТ околоносовых пазух и носоглотки, эндоскопии полости носа и носоглотки на этапе до проведения гистологической верификации.

Четкий диагностический алгоритм при подозрении новообразования носоглотки и комплексный подход к проблеме позволят выявлять патологию до развития значимых осложнений, ускорить постановку диагноза, уменьшить риск диагностических ошибок, а значит, увеличат вероятность благоприятного исхода последующего лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический пример

Пациентка А. 48 лет, поступила на плановое оперативное лечение с жалобами на затруднение носового дыхания, снижение слуха слева, снижение обоняния, периодические головные боли. Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной 2 месяца, когда впервые стала отмечать снижение слуха на левое ухо и дискомфорт на фоне вышеперечисленных жалоб. Обратилась самостоятельно к ЛОР врачу в частную клинику, было рекомендовано выполнить КТ головного мозга. На основании протокола КТ головного мозга установлен диагноз – Новообразование носоглотки. Была направлена на плановое оперативное лечение в ГАУЗ СО «ГКБ №40». В анамнезе перенесенные сифилис, хронический вирусный гепатит С, железодефицитная анемия. Аллергоанамнез спокоен. Ранее травм, операций не было.

На основании объективного осмотра состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Стул, диурез в норме. При осмотре ЛОР органов в носоглотке визуализируется объемное образование бледно-розового цвета, с бугристой поверхностью. Остальные ЛОР органы без особенностей. На основании КТ головного мозга с контрастом - выявлено объемное образование 2/3 носоглотки с прорастанием в заднюю стенку глотки и боковую стенку носоглотки. При введении контраста образование накапливает контраст.

Выполнено эндовидеоскопическое неполное удаление новообразования носоглотки. Под ЭТН с ИВЛ под контролем жесткого торцевого эндоскопа выполнена латерализация нижней носовой раковины слева и справа, после чего выполнено оттягивание мягкого неба с фиксацией на установленной раме роторасширителем. Под контролем торцевого и 30° эндоскопа визуализируется объемное образование бледно-розового цвета на широком основании в своде носоглотки с переходом на заднюю стенку глотки и боковую стенку носоглотки (трубный валик). Образование фрагментировано и иссечено радиоволновым инструментом, острыми щипцами Блексли удалены выделенные фрагменты опухоли. Операционный материал направлен на гистологическое исследование. Гемостаз. Выполнена передняя и задняя тампонада с мазью Левомеколь, ас. повязка.

Пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. По результатам гистологического исследования - злокачественная мелкокруглоклеточная опухоль. Морфологическая картина соответствует низкодифференцированной (III-IV степени по Нюамс), ольфакторной нейробластоме, но не позволяет исключить рабдомиосаркому и некоторые другие мелкокруглоклеточные опухоли (включая менее вероятные меланому и крупноклеточную лимфому).

После получения гистологического исследования пациентке установлен заключительный диагноз Злокачественное новообразование носоглотки. Были даны рекомендации: наблюдение у ЛОР, онколога по месту жительства, исключение физической нагрузки, перегревания, переохлаждения в течение 14 дней, гигиена полости носа 3-4 раза в день 14 дней. Пациентке выданы на руки выписка, стеклоблоки и протокол гистологического исследования, для дальнейшего лечения и наблюдения в ГАУЗ СО СООД.

ВЫВОДЫ

1. Новообразования носоглотки являются трудно диагностируемыми из-за длительного бессимптомного течения или проявления неспецифическими признаками, что маскирует их под воспалительные заболевания. Необходимо сохранять онкологическую настороженность в случаях длительно протекающих воспалительных заболеваний носоглотки, трудно поддающихся лечению, особенно при наличии «нетипичной» картины течения заболевания.

2. Использование лучевых методов исследования КТ и МРТ околоносовых пазух и носоглотки, эндоскопии полости носа и носоглотки на этапе до проведения гистологической верификации позволяют установить предварительный диагноз заболевания и выбрать оптимальную тактику ведения и лечения пациента.

3. Четкий диагностический алгоритм при подозрении новообразования носоглотки и комплексный подход к проблеме позволят выявлять патологию до развития значимых осложнений, ускорить постановку диагноза, уменьшить риск диагностических ошибок, а значит, увеличат вероятность благоприятного исхода последующего лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Лихачев А. Г. Болезни уха, горла и носа / А.Г. Лихачев. - М.: Медицина, 2017. - 266 с.
2. Пальчун В. Т. Болезни уха, горла и носа - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 324 с.
3. Пачес, А.И. Опухоли гортани. Опухоли головы и шеи: рук /А.И. Пачес, Е.Г. Матякин// 5-е изд., доп. и перераб. -М.: Практическая медицина, 2013.-С.182 - 185.
4. Собин, Л.Х. TNM. Классификация злокачественных опухолей/Л.Х.Собин, М. Господарович, К. Виттекинд// 7-е издание - М.: Логосфера, 2011.- С.45 – 49

Сведения об авторах

- К.О. Дюрягина* – Ординатор
П.А. Бизяева – Ординатор
Л.А. Шмальц - Ординатор
Х.Т. Абдулкеримов - Доктор медицинских наук, профессор
К.И. Карташова – Кандидат медицинских наук, доцент
З.Х. Абдулкеримов – Врач-оториноларинголог

Information about the authors

K.O. Dyuryagina* – Postgraduate student

P.A. Bizyaeva – Postgraduate student

L.A. Shmalts - Postgraduate student

Kh.T. Abdulkерimov - Doctor of Sciences (Medicine), Professor

K.I. Kartashova - Candidate of Sciences (Medicine)

Z.Kh. Abdulkерimov – otorhinolaryngologist

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

ksyusha00800@yandex.ru

УДК: 617.711; 617.735

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫМИ ИНЪЕКЦИЯМИ АНТИАНГИОГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Исмаилова Саида Бахрамовна, Бобыкин Евгений Валерьевич

Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Роль интравитреальных инъекций (ИВИ) лекарств в развитии и/или усугублении существующего синдрома «сухого глаза» (ССГ) обсуждается, но остаётся спорной. **Цель исследования** – оценить распространенность и тяжесть ССГ у пациентов, получающих многочисленные ИВИ анти-VEGF препаратов.

Материал и методы. Проведено проспективное неинтервенционное одномоментное одноцентровое исследование, включавшее анкетирование с помощью опросника OSDI, сбор анамнеза, определение времени разрыва слезной пленки (ВРСП), окрашивание роговицы флуоресцеином, тест Ширмера I, оценку состояния краев век, экспрессию секрета мейбомиевых желез (МЖ) с его оценкой, а также определение тяжести ССГ согласно классификации DEWS. Исследуемую группу составили 50 пациентов (средний возраст - $74,7 \pm 1,3$ года), преобладали женщины (36; 72,0%). Средняя продолжительность анти-VEGF терапии (ранибизумаб, афлиберцепт) составила $58,7 \pm 4,6$ месяца, а среднее число ИВИ за время лечения $19,5 \pm 1,6$ (в т.ч. $4,0 \pm 0,2$ за последние 12 месяцев). **Результаты.** Среднее число баллов по опроснику OSDI составило 19,7 (суммарная лёгкая степень нарушений), при этом изменения отсутствовали у 20 пациентов (40,0 %). Среднее значение ВРСП составило 3,9 с, а теста Ширмера I - 9,7 мм; окрашивание роговицы флуоресцеином зафиксировано у 10 человек (20,0 %). Признаки блефарита обнаружены у 19 пациентов (38,0 %), закупорка устьев МЖ - у 9 (18,0 %), неудовлетворительный характер экспрессии секрета - у 40 (80,0 %). **Выводы.** По данным обследования ССГ был диагностирован у всех пациентов, получающих регулярную анти-VEGF терапию по поводу заболеваний макулы. Преобладающей степенью тяжести ССГ по критериям DEWS была лёгкая (62,0 % случаев), а основным механизмом развития заболевания явилось снижение секреции слезы (76,0 % случаев).

Ключевые слова: интравитреальные инъекции, анти-VEGF терапия, синдром сухого глаза.

PREVALENCE OF DRY EYE IN PATIENTS TREATED WITH MULTIPLE INTRAVITREAL INJECTIONS OF ANTI-VEGF DRUGS (PRELIMINARY REPORT)

Ismailova Saida Bahramovna, Bobykin Evgeny Valerievich

Department of Ophthalmology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The role of intravitreal injection (IVI) medications in the development and/or worsening of existing dry eye syndrome (DES) has been discussed but remains controversial. **The aim of this study** was to evaluate the prevalence and severity of DES in patients receiving multiple IVI anti-VEGF drugs. **Material and methods.** A prospective, non-interventional, one-time, single-center study was conducted, which included a questionnaire using the OSDI questionnaire, medical history, determination of tear film breakup time (BUT), corneal staining with fluorescein, Schirmer test I, assessment of eyelid margins condition, expression of the secretion of the meibomian glands (MG) with its assessment, and determination of the DES severity according to the DEWS classification. The study group consisted of 50 patients (average age - 74.7 ± 1.3 years), women predominated (36; 72.0%). The average duration of anti-VEGF therapy (ranibizumab, aflibercept) was 58.7 ± 4.6 months, and the average number of IVIs during treatment was 19.5 ± 1.6 (including 4.0 ± 0.2 in the last 12 months). **Results.** The average score on the OSDI questionnaire was 19.7 (total mild impairment), with no changes in 20 patients (40.0%). The average BUT value was 3.9 s, and the Schirmer I test was 9.7