

МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Хошимова Н.Ш.,
Хошимова С.Ш.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии¹

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7435529>

Актуальность проблемы: Опухоли полости рта и ротоглотки составляют 2-5% от всех злокачественных новообразований. Несмотря на низкий удельный вес этой патологии (до 6%) в структуре всех локализаций, высокий уровень смертности от нее определил шестое место в структуре летальности больных. Диагностика злокачественных опухолей орофарингеальной зоны представляет определенные трудности. Оценка распространенности опухолевого процесса в полости рта производится при визуальном осмотре и пальпаторном исследовании, которое не позволяет оценить распространенность опухолевого инфильтрата за пределы видимых изменений слизистой. Методики носят субъективный характер, их сложно документировать и в последующем анализировать. При глубокой инфильтрации мягких тканей полости рта точная оценка степени распространения опухоли даже при бимануальном исследовании затруднительна. Также невозможна точная послойная оценка поражения различных групп мышц языка, диафрагмы рта, поражение мышц по протяжению до подъязычной кости. Сложно оценить поражение слюнных желез (подъязычной, подчелюстной), жировой клетчатки, костных структур, протяженность поражения по нижней челюсти. При значительном по глубине инфильтрате пальпаторное исследование неэффективно, невозможно оценить распространенность опухоли в область подвисочной ямки, на кости верхней (нижней) челюсти. Один из важных моментов — распространение опухоли за среднюю линию, которое в ряде случаев происходит под неизменной слизистой оболочкой, поэтому клиническая оценка сложна. Этот вариант распространения опухоли играет важную роль в планировании лечения. Таким образом, назрела необходимость в использовании методов уточняющей диагностики и визуализации опухолевого процесса, что позволит определять показания для выбора тактики и объема соответствующего лечения. Изучение возможностей МСКТ, в том числе с болюсным внутривенным введением контрастного вещества и МРТ при диагностике новообразований орофарингеальной зоны необходимо для долечебного стадирования опухолевого процесса, создания концепции

консервативного (химиолучевого) лечения, а также дальнейшего планирования тактики и объема оперативного вмешательства. Методические аспекты проведения томографических исследований при новообразованиях полости рта и ротоглотки в литературе освещены не полностью, нет единого методического подхода к МСКТ и МРТ-исследованию таких больных. Существует потребность в доработке и уточнении схем обследования больных с патологией oroфарингеальной зоны, выработке рекомендаций в применении новых высокотехнологичных методов, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография (МСКТА), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Цель исследования: Повышение эффективности методик лучевой диагностики в распознавании опухолей полости рта и ротоглотки.

Задачи исследования 1. Изучить современное состояние диагностики опухолей полости рта и ротоглотки. 2. На основе принципов доказательной медицины оценить эффективность мультиспиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии в диагностике новообразований полости рта и ротоглотки. 3. Уточнить и дополнить томографическую семиотику новообразований полости рта и ротоглотки. 4. Показать значение МСКТ-ангиографии в уточненной диагностике патологического процесса полости рта и ротоглотки. 5. Усовершенствовать алгоритм исследования пациентов с помощью современных томографических технологий.

Научная новизна: В работе впервые на основе принципов доказательной медицины осуществлена сравнительная оценка эффективности мультиспиральной компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолей полости рта и ротоглотки. Уточнена и дополнена томографическая семиотика опухолей полости рта и ротоглотки при нативном КТ-исследовании, в условиях внутривенного болюсного введения контрастного вещества (МСКТА), магнитнорезонансной томографии (МРТ). Показано значение МСКТ-ангиографии в уточненной диагностике патологического процесса oroфарингеальной зоны. Уточнены роль и место современных томографических технологий в плане обследования пациентов, даны рекомендации в выработке оптимального диагностического алгоритма. Практическая значимость На основании полученных результатов

выработаны методические аспекты лучевого обследования больных с опухолями орофарингеальной зоны. Даны рекомендации в применении мультиспиральной компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии и магнитнорезонансной томографии при обследовании больных с новообразованиями полости рта и ротоглотки. Представлены МСКТ и МРТ - критерии, позволяющие онкологу-клиницисту совместно с рентгенологом объективно осуществить долечное стадирование опухолевого процесса и определить тактику лечения.

Результаты собственных исследований МСКТ выполнена 130 пациентам с первично установленным злокачественным опухолевым процессом орофарингеальной зоны. В процессе динамического наблюдения за пациентами, проходившими химиолучевое лечение, а также для оценки результатов химиолучевой терапии было выполнено 62 повторных исследования. Всем пациентам выполнялись МСКТ в нативной фазе и с внутривенным болюсным контрастированием. МРТ выполнена 50 пациентам с установленным диагнозом рака полости рта и ротоглотки. В 24 случаях проведено внутривенное контрастирование. Во всех случаях данные МСКТ и МРТ сопоставлялись с результатами стандартного клинико-инструментального обследования. Диагноз устанавливался после морфологического исследования материала, полученного при биопсии во время ороскопии, фарингоскопии. Анализ полученных изображений у больных, страдающих раком полости рта, ротоглотки, включал выявление опухоли, оценку ее размеров, распространения поражения по мышцам и костным структурам, переход за среднюю линию, степень инфильтрации межмышечной и подкожной клетчатки, поражение лимфатических узлов. Прямыми признаками злокачественной опухоли на МСКТ-изображениях были объемное разрастание патологической ткани в 124 случаях заболевания (95,38%), истончение жирового слоя у 113 больных (86,92%), полная облитерация жировых пространств у 98 пациентов (75,38%). Также прямыми признаками опухолевого процесса были инфильтрация мышц - 101 случай (77,69%), костная деструкция - 12 человек (9,23%). Косвенным признаком служила структурная неоднородность ткани (при наличии некроза), которая была выявлена у 91 пациента (70,0%). Проведение компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием. позволяло получить важную диагностическую информацию о локализации и распространенности опухолевого поражения. Выявляли накопление контрастного препарата опухолью и

изменение показателей плотности после внутривенного болюсного контрастирования у 108 больных (83,08%), что также служило косвенным признаком злокачественной опухоли. Внутривенное болюсное контрастирование являлось обязательным условием при МСКТ-исследованиях, так как в нативной фазе исследования все опухоли имели одинаковую плотность с мышцами, лимфатическими узлами и сосудами (денситометрические показатели были в диапазоне 45-65 ед.Н). Накопление контрастного препарата отмечалось преимущественно в артериальной и паренхиматозной фазах исследования, при этом плотность опухоли повышалась до 80-90 ед.Н. Распределение контрастного препарата в массиве опухоли носило произвольный характер, могло быть как равномерным, так и неравномерным. Неравномерное накопление контрастного препарата было обусловлено наличием участков распада, которые определялись как гиподенсивные зоны в толще опухоли, не накапливающие контрастный препарат. Структурная неоднородность отмечалась при увеличении размеров опухоли, т.е. в случаях Т3, Т4 стадий опухолевого процесса (98 пациентов - 75,38%), в опухолях размерами до 4,0 см (Т1, Т2 стадии) прослеживалось преимущественно равномерное накопление контраста. Опухоли небольших размеров Т1 стадии (7 человек -5,38%) слабо повышали свою плотность и визуализировались по своим пространственным характеристикам. Также с трудом выявлялись опухоли Т1, Т2 стадий, расположенные в передних отделах дна полости рта - 9 человек (7,68%). В этих случаях визуализацию осложняла непосредственная близость кости или наличие коронок зубов, пломбировочного материала. Вследствие этих причин, в 2 случаях Т2 стадии и в 4 наблюдениях Т1 стадии нам не удалось визуализировать опухолевый узел в нативной фазе исследования и после болюсного контрастирования, в то время как гистологическое исследование показало наличие опухоли.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Викулова, Ю.В. МСКТ в диагностике опухолей полости рта и ротоглотки./ Ю.В. Викулова // Лучевая диагностика и терапия. - 2012. - № 2. - С. 40-43.
2. Викулова, Ю.В. Современное состояние вопроса диагностики рака полости рта и ротоглотки. /Ю.В. Викулова // Вестник рентгенологии и радиологии. -2012.- №3,-С . 51-54.

3. Викулова, Ю.В. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике опухолей орофарингеальной зоны. ЯО.В. Викулова, Т.К. Дудицкая // Материалы Всероссийского конгресса «Радиология 2012», - Москва, 2012.-С. 177.
4. Викулова, Ю.В. Возможности МСКТ с болюсным контрастированием в диагностике опухолей полости рта и ротоглотки. / Ю.В. Викулова, С.Г. Андрианов, Т.К. Дудицкая // Материалы III Съезда врачей РЖД.- Ростов-наДону, 2012.
5. Васильев, А.Ю. Магнитно-резонансная томография в диагностике опухолей орофарингеальной зоны. / А.Ю. Васильев, Ю.В. Викулова, Е.М. Сухинина // Материалы VII Съезда онкологов и радиологов государственных членов СНГ. - Астана (Казахстан), 2012.