

М.И.Никулин, И.М.Никулин (Запорожье)

Наш опыт хирургического лечения переходно-клеточных папиллом носа

В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к росту количества онкологических заболеваний полости носа и параназальных синусов. Это касается как злокачественных, так доброкачественных опухолей.

Переходно-клеточная папиллома относится к числу доброкачественных новообразований и составляет от 0,5 до 1,5% от всех диагностированных опухолей носа. Клинически очень схожа с полипозом полости носа, но имеет свои особенности. Обычно встречается у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. Как правило, возникает на боковой стенке полости носа, в околоносовых пазухах, реже на перегородке с одной стороны. Из полости носа опухоль может врастать в пазуху и наоборот. Пациенты жалуются на заложенность носа, носовые кровотечения, лицевые боли, гнусавость, нарушение обоняния. Иногда в зоне роста папилломы наблюдается деструкция костной ткани и чаще всего страдают стенки верхне-челюстной пазухи, решетчатого лабиринта и глазницы. Примерно у 5% больных переходно-клеточная папиллома малигнизируется. Метастазы не наблюдаются. Выделяют две формы инвертированная и экзофитная. Дифференциальную диагностику следует проводить с антрахоанальным полипом, плоскоклеточным раком и аденокарциномой. Диагноз устанавливается на основании клинических данных, риноскопической картины, результатов КТ, МРТ и гистологического исследования.

В терапии переходно-клеточных папиллом отдается предпочтение хирургическим методам лечения. Рецидивы опухоли в основном связаны с неадекватным хирургическим вмешательством.

Удаление опухоли обычно производится экстраназально, используя радикальные операции по Денкеру и Муру.

По нашему мнению, при ограниченной форме папилломы, без признаков выраженной инвазии и деструкции костных стенок, данную опухоль можно абластично удалить эндоназальным подходом.

В лор клинике ЗДМУ за последние 3 года находилось на лечении 15 больных с переходно-клеточной папилломой. В возрасте от 25 до 74 лет, 10 мужчин и 5 женщин. Диагноз ставился на основании клинических данных, риноэндоскопического обследования, заключения КТ и у 10 больных, по результатам предоперационного патоморфологического исследования. Всем пациентам проводился хирургический метод лечения. У 9 больных опухоль удалялась экстраназальным подходом по Муру. Шести пациентам операция проводилась эндоназально при помощи шейверной системы Медтроник с последующей коагуляцией ложа удаленного новообразования и подлежащих тканей электрохирургическим высокочастотным аппаратом Фотек под эндоскопическим видеоконтролем. Все операции прошли без осложнений. Послеоперационный период протекал без особенностей. За истекшее время рецидивов опухоли в обеих группах больных не наблюдалось.

Выводы: при ограниченной форме переходно-клеточной папилломы, без выраженных деструктивных изменений окружающих тканей, возможно удаление опухоли эндоназальным доступом под обязательным эндоскопическим контролем. А использование шейвера с последующей высокочастотной коагуляцией позволяет удалить новообразование радикально и избежать дальнейших рецидивов заболевания.