

## **ДИЈАГНОЗА НА ТУМОРИ ВО МАКСИЛОФАЦИЈАЛНАТА РЕГИЈА**

**Д-р Владимир Милошев<sup>1</sup>, Проф. д-р Ленче Милошева<sup>2</sup>**  
**Клиничка болница<sup>1</sup>, Одд. за максилофац. хирургија**  
**Универзитет „Гоце Делчев“<sup>2</sup>, Штип**

### **1. ВОВЕД**

Целата на овој труд е да дадеме краток преглед на медицинско-дијагностичките процедури и методи кои најчесто се користат при дијагностицирање на тумори во максилофацијалната регија.

Дијагнозата на туморите во максилофацијалната регија се засновува на детално земената анамнеза и детален клинички преглед. Овие две постапки се скоро секогаш доволни за откривање (детекција) на туморот. Меѓутоа, за добивање на прецизна информација за големината, ограниченоста и односот на туморот со околните структури или за видот на туморот, најчесто неопходна е примена на други дијагностички постапки. За таа цел се користат разни радиолошки техники, лабораториски прегледи, а по потреба и биопсија (Pišćević, Gavrić, & Sjerobabin, 1995).

Од радиолошките техники, во зависност од локализацијата на лезијата (во меки ткива или коска) и целта на испитувањето (одредување на границите на туморот, неговиот однос кон околните невровакуларни или коскени структури, проценка на ресектибилноста на туморот, избор на хируршкиот пристап), се користат: класичната рентгенска дијагностика, сцинтиграфија, ехографија, компјутеризирана томографија – КТМ или нуклеарна магнетна резонанца – НМР (МРИ).

### **2. АНАМНЕЗА И КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД**

#### **2.1. АНАМНЕЗА**

Правилно земената анамнеза е од примарно значење за дијагноза на туморите во максилофацијалната регија. Потребно е да се обрати внимание на должината на траење на поедини симптоми, бидејќи тие укажуваат на карактерот на промената. Ако постои сомнеж за тумор, доста е значајна должината на траење на отокот. Постепено зголемување на отокот во тек на повеќе месеци или години, упатува на реактивна хиперплазија, циста или бениген тумор. Брзо

зголемување на отокот, во тек на неколку недели до два или три месеци, покрај останатото упатува и на малиген тумор. Пациентите најчесто го забележуваат отокот кога ќе се јават болки, функционално пореметување или видлива деформација.

Според Пишчевиќ, Гавриќ и Сјеробабин (Piščević , Gavrić , & Sjerobabin , 1995) доколку се сомневаме на тумор, треба да се обрати внимание и на староста на пациентот. Бенигните тумори се јавуваат на сите возрасти, додека карциномот е најчесто заболување на постарите личности. Тие сметаат дека саркомите се јавуваат и кај децата и младите, како и кај возрасните.

Врз основа на податоците за заболувањата во семејството (родители, браќа и сестри), понекогаш може да се изведе заклучок за постоење на предиспозиција за малигни неоплазми.

## 2.2. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

**Инспекцијата** на усната шуплна , главата и вратот се задолжителен дел од клиничкиот преглед кога постои сомнеж за тумор во максилофацијалната регија. Постојење на улцерација оди во прилог на малигнитет. Папиломатозни промени на леукоплакично променета лигавица на усната празнина отвара сомнеж за карцином. Надуеност на вилицата , проследено со поместување на забите оди во прилог на тумор или циста. Црна пребоеност на кожата или слузокожата оди во прилог на бениген невус или малиген меланом. Пареза или парализа на фацијалниот нерв кај клинички евидентен тумор во паротидната регија упатува на малиген тумор на паротидната жлезда. Протрузија на булбусот, пореметување на видот или ограничена подвижност на булбусот укажува на продор на малиген тумор во орбитата.

Со **палпација** се утврдува конзистенцијата, ограниченоста и односот на туморот кон околината. Јасно ограничен и подвижен тумор по правило е бениген. Тумефакт кој е нејасно ограничен и фиксиран за околината (коска, кожа, мускулатура) укажува на малиген тумор. Кај остеолитични тумори палпаторно се чувствува вдлабнатост на коската (феномен на пергамент хартија). Расклатеност на клинички здрави заби укажува на остеолитички процес во коската.

## 2.3. РЕНТГЕН ДИЈАГНОСТИКА

Рентген дијагностиката се користи како дополнување на клиничкиот преглед. Нејзината основна намена во дијагностиката на туморите се однесува на тумори

кои се примарно локализирани во коските, или кои секундарно (од меките ткива) ја зафаќаат коската (Abubaker & Benson, 2008).

Изгледот на рентгенски видливите промени првенствено зависи од видот на патолошкиот процес во коската. Остеолитичките процеси се гледаат како просветлувања, а остеобластичните како засенчување. Промена во коската која е јасно ограничена укажува на промена од бенигна природа, за разлика од малигната промена која е со нејасни граници. За евалуација на помали коскени лезии кои се локализирани во предел на алвеоларниот гребен, се користат ретроалвеоларни (дентални) снимки.

Во зависност од локализацијата на процесот се користат следните стандардни снимки : прегледни и бочни снимки на мандибула, П-А и бочни снимки на глава, ортопантомограм, снимки на параназалните синуси по Hurtz и снимки на вилочните зглобови.

Следи прегледот на најчесто користени рентген дијагностички методи.

**АНГИОГРАФИЈА** - Ова е дијагностички метод со кој што со помош на контраст се визуелизираат крвните садови. Во максилофацијалната хирургија ангиографијата се користи за дијагностицирање на малформациите и туморите на крвните садови, или за проценка на односот на туморот кон големите крвни садови на вратот.

**УЛТРАЗВУЧНА СОНОГРАФИЈА (ЕХОГРАФИЈА)** - Постојат неколку ултразвучни техники кои имаат различна намена.

*A-skan* - е едодимензионална ултразвучна техника која претежно се користи за дијагностицирање на заболувања на параназалните (воглавно максиларните) синуси и очната шуплина.

*B-skan* - е дводимензионална техника која се користи за испитување на паренхиматозните органи. Во предел на главата и вратот оваа техника или нејзината модификација т.н. real-time system се користи за дијагностицирање на патолошките процеси на органите на вратот, под на уста, големите плунковни жлезди и параназалните синуси.

*Doppler - ehografija* се користи за локализација на функционални стенози или оклузии на крвните садови на вратот ( а.carotis и v.jugularis ).

Бидејќи коскениот ткиво не ги пренесува ултразвучните бранови, ехографијата нема дијагностичко значење за тумори и други лезии во коскениот структури.

**КОМПЈУТЕРИЗИРАНА ТОМОГРАФИЈА (КТ)** - Предноста на оваа дијагностичка метода (КТ) во дијагнозата на туморите во максилофацијалната регија во однос на класичната рентгенска дијагностика се состои во тоа што со помош на КТ директно се визуелизираат туморите на меките ткива како и туморските инфилтрации во коските. КТ е од исклучително значење за предоперативна проценка на проширеноста на туморот во клинички и радиографски тешко достапните регии како што се ретромаксиларната, ретромандибуларната и парафарингелната, орбита и база на череп.

**НУКЛЕАРНА МАГНЕТНА РЕЗОНАНЦА (НМР)** - Кај оваа метода се користи феноменот на резонанца на јадрата на атомот на водородот во магнетно поле. Ако јадрата на атомот на водородот се стават во силно магнетно поле и се стимулираат со помош на радио бранови, тие ќе ги ресорбираат, а по престанувањето на стимулацијата ќе емитуваат радиофреквентни бранови. Во магнетни полиња со променлива јачина и со употреба на доста комплексен систем на индукциони калеми, радиофреквентните бранови кои ги емитува една точка се детектираат како сигнал на НМР, а потоа со помош на компјутер се претвора во слика.

НМР се смета за супериорна во однос на КТ во ситуации кога е потребно меѓусебно разграничување на разни мекоткивни структури (одредување на граница помеѓу тумор, мускул и масно ткиво). Ова е посебно значајно за регии како што се база на череп, јазик и назофаринкс. Кај интракранијален продор на туморот, односот на мозочните структури и туморот подобро се дефинираат со помош на НМР отколку со КТ.

НМР не емитува јонизирачки туку радиофреквентни бранови, поради што се смета дека е безопасна. Поради ова таа е попогодна во однос на КТ во случаи кога постои потреба од чести повторувања на снимање кај млади пациенти.

### 3. ЗАКЛУЧОК

Во текот на дијагностицирањето на болестите во оралната и максилофацијалната регија, клиничките и радиолошките податоци играат голема улога. Во оваа регија, единствено добра клиничка дијагноза пратена и поткрепена со радиолошки испитувања можат да водат кон успешна дијагноза. Успешната дијагноза и евалуацијата на клиничкото испитување, генерално го проширува знаењето за нормалната анатомија на регионот.

Иако рентгентската дијагностика е многу прецизна, потпирањето на податоците од само еден *imaging*-модалитет може да доведе до погрешна дијагноза во

максилофацијалната регија (Hermans, De Keyzer, & Vandecaveye, 2006). Ова посебно се однесува на диференцијалните дијагнози за цисти/тумори, кога се препорачува комбинација на различни *imaging*-модалитети.

## ЛИТЕРАТУРА

Abubaker, A.O., & Benson, K.J. (2008). *Oral and maxillofacial surgery secrets*. Michigan: Hanley & Belfus.

Barnes, L, Eveson, JW, Reichart, P. & Sidransky, D. (2005). Classification of Tumors In: *Pathology & Genetics Head and Neck Tumours*. Lyon : IARCPress.

Piščević A., Gavrić M., & Sjerobabin I.(1995). Maksilofacijalna hirurgija. Beograd : "Draganić".

Hermans, R., De Keyzer, F.& Vandecaveye V. (2006). Imaging Tecqnique, In: *Medical Radiology, Diagnostic Imaging*, A.L. Baert, K.Sartor, (Ed),31-43, Springer-Verlag.