



Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова (СВФУ). 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36, тел.: 8-(4112)496842, e-mail: Archinay@mail.ru; **Аргунова** Аграфена Николаевна – канд. мед. наук, доцент каф. госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36; раб. тел.: 8-(4112)-363046; **Хорунов** Алексей Николаевич – канд. мед. наук, старший преподаватель каф. госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36; тел.: 8-(4112)-363046; **Савельев** Вячеслав Васильевич – канд. мед. наук, старший преподаватель каф. факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Кулаковского, д. 36. тел.: 8-(4112)-363046; **Кожевников** Андрей Александрович – врач профпатолог, главный внештатный профпатолог Министерства здравоохранения РС(Я), директор Якутского республиканского центра профессиональной патологии, Республиканская больница № 2. 677005, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. П. Алексеева, д. 83 «А», тел.: 8-(4112)-430224; e-mail: угсрр@mail.ru; **Федорова** Сардана Аркадьевна – докт. биол. наук. зав. лаб. молекулярной генетики отдела молекулярной генетики ЯНЦ КМП СО РАМН. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, Сергеляхское шоссе, д. 4, раб. тел./факс: 8-(4112)-321981; e-mail: fedorovasardaana@mail.ru

УДК: 617.513-006-073.756.8

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ РЕДКИХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ДЕСТРУКТИВНЫМ РОСТОМ

Г. А. Фейгин, Г. О. Миненков

COMPUTED TOMOGRAPHY SIGNS IN DIAGNOSIS OF SOME RARE DESTRUCTIVE TUMOR-LIKE DISEASES OF SUBTEMPORAL REGION

G. A. Feigin, G. O. Minenkov

*Кыргызско-Российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика
(Зав. курсом оториноларингологии – хирургии головы и шеи – проф. Г. А. Фейгин)
Медицинский центр «Медипол», г. Бишкек, Кыргызская Республика
(Директор – З. К. Камчыбеков)*

Целью работы стало оценить возможности компьютерной томографии в диагностике некоторых редких опухолеподобных образований подвисочной области, отличающихся деструктивным ростом. Для этой цели было обследовано 8 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом. Детальный анализ полученных данных помог выявить основные, характерные для этих заболеваний, компьютерно-томографические признаки. Полученные критерии позволили не только предположить наличие того или иного опухолеподобного заболевания, но и, с определенной долей достоверности, отличить их от опухолевого поражения уже в доверификационный период обследования. Оценка данных компьютерной томографии также позволила проследить распространенность поражения в пределах и за пределами подвисочной области.

Ключевые слова: компьютерная томография, опухолеподобные заболевания, подвисочная область.

Библиография: 9 источников.

Purpose – to evaluate the diagnostic opportunities of computed tomography in diagnosis of some rare destructive tumor-like diseases of subtemporal region. For this purpose 8 patients with histological confirmed diagnosis were examined. Detailed analysis of computed tomography data helped to verify



the basic computed tomography signs. The final criterion's allowed not only to expect the presence of tumor-like disease, but with the certain rate of possibility differentiate it from timorous disease in pre-verification period. On the basis of computed tomography findings it became possible to trace the extension in and out of subtemporal region.

Key words: *computed tomography, tumor-like disease, subtemporal region.*

Bibliography: *9 sources.*

Поражение подвисочной области объемным процессом, как правило, является вторичным и генетически связано с опухолевой инвазией злокачественных и доброкачественных распространенных опухолей носоглотки, ротоглотки, околоносовых пазух и околоушной слюнной железы. Описание различных по гистогенезу опухолевых поражений достаточно часто встречается в данных литературы [3, 5, 7, 8]. Значительно реже регистрируется поражение подвисочной области объемным процессом, имеющим иной, неопухолевый генез. К такого рода поражению можно отнести различные патологические процессы: кисты, лимфоадениты различного генеза, а также заболевания, связанные с нарушением эмбриогенеза (десмоид). Они, как и опухоли, характеризуются прогрессирующим ростом, обуславливающим деформацию и нарушение целостности анатомических структур [1, 2, 4–6, 9]. Детальный анализ полученных данных КТ-исследования в некоторых случаях позволяет отличить их от опухолевого поражения уже в доверификационный период обследования, что, несомненно, важно для последующего дооперационного планирования хирургического лечения [2, 4, 5, 8, 9].

Пациенты и методы обследования. За период с 2001 по 2012 г. в отделении оториноларингологии-хирургии головы и шеи было обследовано 8 пациентов с различными редкими опухолеподобными заболеваниями подвисочной области, отличающимися деструктивным ростом. Из них у 3 пациентов был диагностирован десмоид (агрессивный фиброматоз, десмома), у 3 – 1-камерный эхинококк и у 2 – специфический (туберкулезный) лимфоаденит.

Общеклиническое обследование обязательно включало в себя проведение компьютерно-томографического исследования (КТ-исследование). Последнее осуществляли на спиральном компьютерном томографе в аксиальной плоскости толщиной среза 3 мм. Анализ данных КТ-исследования осуществлялся с учетом структуры и плотности опухолеподобного заболевания, его формы, контуров и границ, а также характера остеодеструкции прилежащих костных структур и мягкотканых анатомических образований.

Результаты КТ-исследования в обязательном порядке сопоставляли с интраоперационными находками и патоморфологическими заключениями.

Результаты и обсуждение. Различные по генезу объемные образования подвисочной области характеризовались определенными компьютерно-томографическими симптомами и их сочетаниями, анализ которых позволил нам выявить и описать основные семиотические признаки встретившихся в нашей практической работе опухолеподобных образований подвисочной области и проследить распространенность поражения как в пределах, так и за пределами описываемой области.

В целом для рассматриваемой группы опухолеподобных образований на КТ характерно наличие тени, вариабельной по структуре и плотности, имеющей различную форму и внутренний «рисунок». Границы тени во всех наблюдениях характеризовались четкими контурами со смещением и атрофией от давления костных структур различной степени выраженности, а также сдавлением и смещением мягкотканых структур. У 5 пациентов отмечались наличие дефектов в костных образованиях, их фрагментация с признаками нарастающего растяжения от давления и атрофии.

Кроме схожих КТ-признаков были выявлены и дифференциально-диагностические различия. Для их демонстрации приводим некоторые, наиболее показательные, на наш взгляд, компьютерные томограммы, выполненные у пациентов с десмоидом, эхинококкозом и туберкулезным лимфаденитом, с локализацией их в подвисочной области (рис. 1–3).

При КТ-исследовании пациента с десмоидом в подвисочной области слева отмечается наличие дополнительного образования неоднородно-мягкотканой плотности (от +50,8 до +75,2 ед.Н.), с четкими, неровными контурами размерами до 44,5x35,0 мм в поперечнике.



В толще описанного образования, преимущественно в центральных отделах, определяется участок жидкостной плотности до +25,7 ед. Н., с нечеткими, неровными контурами неправильной формы. По периферии, преимущественно в передних отделах, определяются мелкие очажки кальцинации, расположенные бессистемно. По заднемедиальному контуру образования прослеживается наличие тонкостенной капсулы толщиной до 1,8 мм с единичным очагом обызвествления, имеющим четкие, ровные контуры. Фасция височной мышцы (исходное место роста десмоида) и собственно височная мышца на уровне поражения не прослеживаются. Большая часть десмоида проецируется в мягких тканях подвисочной, височной и скуловой областей слева с оттеснением прилежащих мягкотканых структур от давления (рис. 1).

Оригинальная КТ-картина была выявлена у пациентов с эхинококковым поражением подвисочной области. На демонстрируемом примере в подвисочной области справа определяется объемное образование однородно-жидкостной плотности (+15,2 ед. Н.), с четкими, ровными контурами округлой формы размерами до 43,1x34,3 мм в поперечнике. По периферии описанное образование окружено неравномерно-толстостенной, местами кальцинированной капсулой, полуовальной формы толщиной от 2,3 до 4,5 мм. Окружающие мягкие ткани компремированы и оттеснены от давления без их инфильтративного поражения (рис. 2).

На КТ пациента с туберкулезным лимфаденитом подвисочной области слева в проекции глубоких лимфоузлов лица определяется мультиочаговое (в виде двух «спаянных» друг с другом полуовальной формы инкапсулированных образований) объемное образование размерами до 34,5x24,9 мм в поперечнике. Оно характеризуется неоднородной плотностью от +18,3 до +32,6 ед. Н., четкими, ровными контурами, овальной формой. Мягкотканой плотности капсула имеет относительно равномерную толщину по всему периметру до 4,1 мм. Отмечается наличие атрофических изменений задней стенки верхнечелюстной пазухи слева со смещением ее кнутри, а также скуловой кости со смещением ее кнаружи. Фасция височной мышцы прослеживается, оттеснена кнаружи от давления (рис. 3).

На основании анализа полученных КТ-данных становится возможным представить дифференциально-диагностические особенности различных по генезу, но объединенных одной локализацией в подвисочной области объемных образований в виде соответствующей таблицы.

Как видно из полученных данных, при туберкулезном лимфадените и десмоиде тень опухоли на КТ отличалась неоднородностью. При лимфадените плотность основной тени (состоящей из двух фрагментов) была близка к жидкостной, но с различными плотностными характеристиками, в то время как при десмоиде регистрировалась высокоплотная мягкотканая тень с наличием единичных очагов жидкостной плотности в центральных отделах и мелких очажков кальцинации по периферии. И лишь при эхинококковом поражении был выявлен гомогенно-жидкостной характер тени. Наличие капсулы было выявлено при всех заболеваниях. Тем не

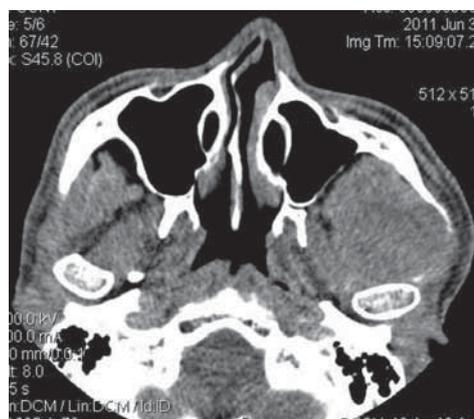


Рис. 1. Больной А, 41 год. Диагноз: десмоид подвисочной области слева. КТ-исследование в аксиальной плоскости на уровне средней трети верхнечелюстных пазух, выполненное без контрастного усиления.

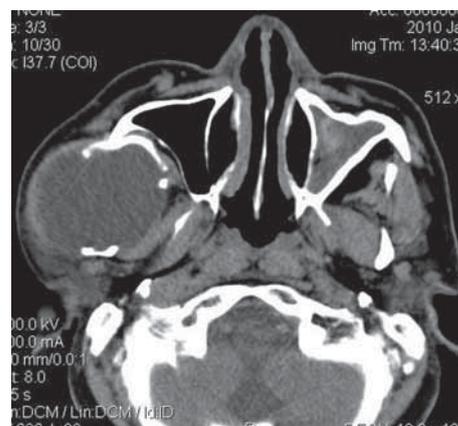
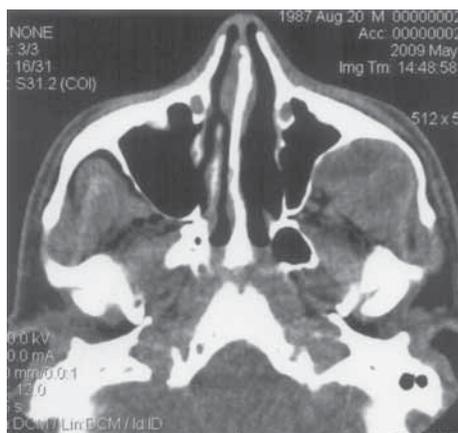


Рис. 2. Больной А, 41 год. Диагноз: эхинококк подвисочной области справа, левосторонний грибковый гайморит. КТ-исследование в аксиальной плоскости на уровне средней трети верхнечелюстных пазух, выполненное без контрастного усиления.



Рис. 3. Больной А, 41 год. Диагноз: туберкулезный лимфаденит подвисочной области слева. КТ-исследование в аксиальной плоскости на уровне средней трети верхнечелюстных пазух, выполненное без контрастного усиления.



Таблица

Отличительные особенности КТ-проявлений некоторых опухолеподобных образований подвисочной области, отличающихся деструктивным ростом

Гистология опухолеподобных заболеваний	Характер тени на КТ			
	Структура и плотность	Контуры	Форма	Характер остеодеструкции и отношение к прилежащим мягким тканям
Десмоид	Негомогенная неоднородно-мягко-тканой плотности (от +50,8 до +75,2 ед. Н.). В толще центральных отделов определяются единичные очаги кистозной плотности до +25,7 ед. Н. неправильной формы. По периферии зачастую определяются мелкие очажки кальцинации	Четкие, неровные, местами с наличием тонкостенной (до 1,8 мм) капсулы, с участками обызвествления	Неправильно закругленная	Смещение с постепенно нарастающим истончением костных структур вплоть до атрофии, сдавление и смещение мягкотканых структур
Эхинококк	Гомогенная, жидкостная до +15,2 ед. Н.	Четкие, ровные, с наличием неравномерной толстостенной, частично кальцинированной капсулы толщиной от 2,3 до 4,5 мм	Округло-овальная	Смещение и оттеснение костных и мягкотканых структур от давления
Туберкулезный лимфаденит	Негомогенная, неоднородно-жидкостная, мультифокусная (два спаянных между собой контура), плотностью от +18,3 до +32,6 ед. Н.	Четкие, ровные, с наличием равномерной толстостенной капсулы толщиной до 4,1 мм	В виде двухсоединенных общей стороной овалов	Смещение, оттеснение костных (вплоть до субатрофии) и компрессия мягкотканых структур от давления

менее КТ-характеристика самой капсулы во всех наблюдениях имела свои особенности. Для десмоида характерно наличие тонкостенной, частично кальцинированной капсулы, визуализируемой лишь в отдельных местах по периферии. При эхинококковом поражении и туберкулезном лимфадените отмечалось наличие толстостенной капсулы по всему периметру. Для эхинококка характерна фрагментарная кальцинация капсулы, имеющая полуовальную форму. При туберкулезном лимфадените равномерно утолщенная мягкотканой плотности капсула не содержала обызвествления. Форма тени опухолеподобных заболеваний также не отличалась идентичностью. Для десмоида характерна неправильно-овальная форма тени, для эхинококка – округло-овальная, для туберкулезного лимфаденита – в виде спаянных между собой овалов. Во всех случаях опухолеподобных заболеваний подвисочной области отмечалось наличие остеодеструкции, как правило, задней стенки верхнечелюстной пазухи и (или) скуловой кости



по типу атрофии от давления той или иной степени выраженности со сдавлением и оттеснением прилежащих мягкотканых структур.

Выводы

Выявленные различия по особенностям тенеобразования, характерные для различных по генезу встретившихся нам опухолеподобных образований подвисочной области, безусловно, важны.

Несмотря на относительно небольшое количество наблюдений, стало возможным с определенной долей вероятности отличить опухолеподобные заболевания от опухолевого поражения. Разумеется, мы не можем представить наши данные как абсолютно надежные. Тем не менее эти сведения могут быть суммированы с данными других методов исследования и мнениями других авторов, занимающихся этой проблемой, что позволит заподозрить тот или иной объемный процесс уже в доверификационный период обследования.

Детальная оценка полученных КТ-данных позволяет проследить распространенность поражения в пределах и за пределами подвисочной области, что значительно облегчает хирургу дальнейшее планирование объема хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комарова Ж. Е., Чумаков Ф. И. Изолированный туберкулез верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта // Вест. оторинолар. – 2002. – № 2. – С. 49–51.
2. Мальшев А. Ф., Соболевская О. А. Актуальные вопросы диагностики и лечения эхинококковой болезни человека // Вятск. мед. вестн. – 2002. – № 1. – С. 20–21.
3. Мудунов А. М., Матякин Е. Г. Проблемы диагностики и лечения опухолей основания черепа и подвисочной ямки // Вестн. Рос. онколог. науч. центра им. Н. Н. Блохина. – 2006. – Т. 17, № 1. – С. 20–27.
4. Сулайманов Д. С., Кадыров М. М., Кочорбаев И. Р. Случай эхинококкоза верхней челюсти // Вопросы практ. оторинолар. (Бишкек) – 1991. – С. 108–110.
5. Фейгин Г. А., Шалабаев Б. Д., Миненков Г. О. Компьютерная томография в диагностике и лечении объемных образований челюстно-лицевой области. – Бишкек: Изд-во Кыргызско-Российского славянского университета, 2008. – 236 с.
6. Behrmann R., Karapantoz I., Markmann H. Myofibromatosis of the paranasal sinuses // Laryngo-rhino-otologie. – Abstracts. – 2000. – Berlin-EUFOS. – P. S20.
7. Macdonald-Jankowski D. S. Fibro-osseous lesions of the face and jaws // Clin. Radiol. – 2004. – Vol. 59, N 1. – P. 11–25.
8. Inflammatory myofibroblastic tumor involving the pterygopalatine fossa / A. C. Ribeiro [et.al.] // AJNR. – 2001. – Vol. 22, N 3. – P. 518–520.
9. Roy D., Soliman A., Alvi A. Bening sinonasal disease mimicking malignant neoplasm of the nose // Am. J. ORL-HNS (Annual meeting, special issue). – 1999. – P. 247–248.

Фейгин Георгий Аронович – докт. мед. наук, профессор, академик и член-корр. соответственно Международной и Американской академии оториноларингологии-хирургии головы и шеи, зав. курсом оториноларингологии-хирургии головы и шеи Кыргызско-Российского славянского университета. 720000, Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Тоголок-Молдо-1, тел.: +996-312-663-076; **Миненков** Геннадий Олегович – канд. мед. наук, член Санкт-Петербургского общества радиологов, зав. радиологическим отд. медицинского центра «Медипол». 720001, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Абая, д. 37, тел.: +0555-121-995, e-mail: gmo1976@rambler.ru