

**УТОЧНЯЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЯГКОТКАННЫХ САРКОМ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Г.А. Фейгин, Г.О. Миненков, Б.Д. Шалабаев

Выявлены дифференциально-диагностические различия мягкотканых сарком мезенхимального генеза и их распространенность в челюстно-лицевой области по данным компьютерно-томографического исследования. Проведено КТ-обследование пациентов с различными гистологически подтвержденными саркомами челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: мягкотканная саркома; дифференциальная диагностика; компьютерная томография; челюстно-лицевая область.

Под саркомами принято понимать разнородную группу злокачественных опухолей, отличающихся друг от друга различным гистогенетическим происхождением. К ним относятся костеобразующие опухоли (остеосаркома, хондросаркома, саркома Юинга) и мягкотканые саркомы. Морфологически мягкотканые саркомы могут относиться к группе мезенхимальных опухолей

(саркома, фибросаркома, лейомиосаркома, рабдомиосаркома, ангиосаркома, липосаркома и др.), к группе нейрогенных (нейрогенная саркома или нейрофибросантома) и к группе опухолей, исходящих из лимфоидной ткани (лимфосаркома как вариант неходжкинской лимфомы). Неспецифичность клинической картины на ранних стадиях развития процесса, относительно редкая встре-

чаемость в челюстно-лицевой области и низкая онкологическая настороженность врачей общей практики, приводит к недостаточному вниманию к проблеме как со стороны пациента, так и со стороны врача. Вышеперечисленные особенности затрудняют своевременное распознавание опухоли, что приводит к диагностическим ошибкам [1–4]. А ведь для ликвидации опухоли, в том числе хирургическим методом, дооперационная диагностика является исключительно важной [3, 4]. Исправить эту ситуацию помогает своевременное использование и качественная оценка данных компьютерной томографии [2, 3–5]. В связи с этим, с целью получения дополнительных дифференциально-диагностических компьютерно-томографических признаков, мы сочли целесообразным детально проанализировать данные компьютерных томограмм, принадлежащих больным с описываемой патологией.

Материалы и методы. В течение 2007–2012 гг. мы обследовали 7 пациентов с различными мягкоткаными мезенхимальными саркомами челюстно-лицевой области (ЧЛЮ). Среди них было трое пациентов мужского пола и четыре – женского. У трех пациентов была выявлена саркома, у двоих – ангиосаркома и по одному случаю – фибросаркома и лейомиосаркома. Обследование проводилось на спиральном компьютерном томографе Hitachi Pronto, Япония, в аксиальной и коронарной проекциях, толщиной среза 3 мм в режиме послойного сканирования. При анализе компьютерных томограмм мы обращали внимание на характер тени и ее плотность, рельеф границ, изменения вовлеченных в процесс мягкотканых, хрящевых и костных анатомических образований, с определением распространенности неопластического процесса в исследуемой области и за ее пределами.

Результаты и их обсуждение. При саркомах, не имеющих отношение к хрящевой и костной тканям, в трех наблюдениях на КТ регистрировались деструктивные изменения в области передне-боковых отделов альвеолярных отростков, твердого неба и передних отделов верхней челюсти (в/челюсти). Опухоль при этих новообразованиях обнаруживалась под щекой, в носовой полости, в/челюстной пазухе и за ее пределами. Согласно полученным данным, преобладающая часть опухолевого инфильтрата имела передне-боковую локализацию. Создавалось впечатление, что он более интенсивно распространялся в направлении, где не было мощных костных преград, и медленнее кзади – в просвет в/челюстной пазухи и не достигал ретромандибулярного пространства, где находились костные образования, которые, естественно,

не предупреждали, но в какой-то степени задерживали проникновение опухолевого инфильтрата в названные регионы, имеющие заднюю и верхнюю локализацию. Такую особенность роста названных мягкотканых сарком мы позволим себе продемонстрировать на КТ двух больных (рисунки 1–2).

На КТ одного больного определялся опухолевый инфильтрат, неоднородно-мягкотканой плотности, который распространялся под щеку и одновременно в в/челюстную пазуху и клетки решетчатого лабиринта. Бросается в глаза, что экзофитно расположенная часть опухолевого инфильтрата намного значительнее. При осмотре больного по своим размерам она напоминает “вторую голову”, которая покрыта кожей, а сверху содержит значительно смещенное (зрячее) глазное яблоко. В тени такой опухоли кпереди видны костные фрагменты, неопределенной формы, находящиеся в различных стадиях инфильтративного остеолитического (рисунок 1).

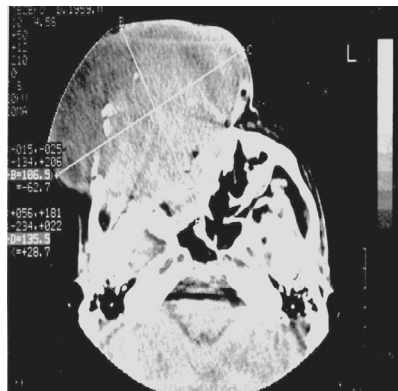


Рисунок 1 – Б-ой Т-ков (И.б. 2856/330), 36 лет, с саркомой в/челюсти (диагноз установлен на основании результатов пункционной биопсии). На КТ видна деструкция всех стенок в/челюстной пазухи и распространение процесса кнаружи в виде “второй головы”

На серии КТ другого больного видны дефекты альвеолярного отростка, твердого неба и нижнего отдела в/челюстной пазухи справа, имеющих передне-боковую локализацию. Спереди и внутри от этих разрушений определяется большая часть опухолевого инфильтрата в виде полушаровидного выпячивания, относительно однородной, мягкотканой плотности (от +46,4 ед.Н. до +53,4 ед.Н.). При этом он обуславливает выраженное выпячивание губы и щеки. Задняя часть опухоли меньших размеров. По задне-внутреннему краю этой части неоплазмы видны признаки смещения костных структур, в то время как в районе альвеолярного отростка видно их разрушение, характерное для

инфильтративного остеолизиса. О наличии последнего типа остеолизиса свидетельствует и другой признак КТ-обследования – наличие костных фрагментов в различных стадиях разрушения, находящихся внутри тени опухолевого инфильтрата (см. рисунок 2).

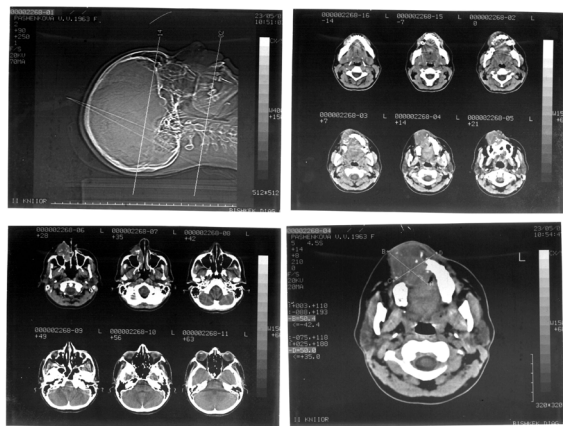


Рисунок 2 – Б-ая П-ова, (И.б. № 12881/1086), 38 лет, с ангиосаркомой в челюсти справа. На серии КТ видны дефекты альвеолярного отростка, твердого неба и нижнего отдела в/челюстной пазухи, имеющие передне-боковую локализацию

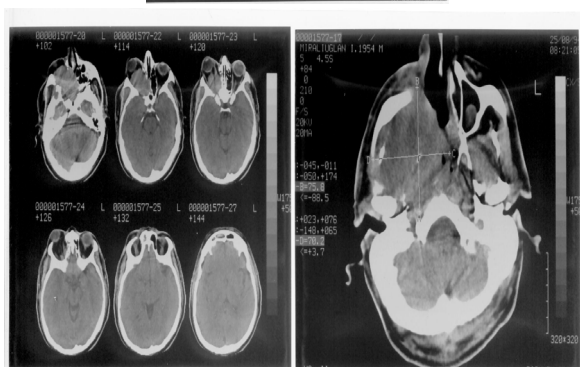
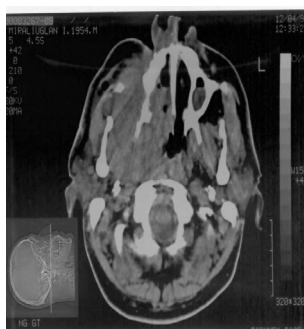


Рисунок 3 – Б-ой М-ан, 51 года, с фибросаркомой носоглотки справа с обширным латеральным и верхнелатеральным распространением



Рисунок 4 – Б-ой Н-ов (И.б. 13837/784), 57 лет, с лейомиосаркомой верхней челюсти справа.

На КТ видна неоплазма, исходящая из медиальной стенки верхнечелюстной пазухи справа

Фибросаркома у одного нашего пациента, по данным КТ-исследования, определялась в виде неомогенного солидного объемного образования, расположенного преимущественно ретромаксиллярно и по правому задне-боковому контуру носоглотки с обширным распространением в подвижную и скуловую области. Кроме того, фрагмент описанной неоплазмы прослеживается в клетках решетчатого лабиринта, основной пазухе и орбите справа. Интраорбитально выявляется инфильтративное поражение медиальной и латеральной прямых мышц глазного яблока, зрительного нерва и значительное расширение верхнеорбитальной

щели. Разрушенные костные структуры находятся в состоянии незавершенного инфильтративного остеолизиса. В лобной пазухе справа определяется вторичный воспалительный процесс (рисунок 3).

Иная распространенность опухолевого процесса отмечена у больного с лейомиосаркомой, локализованной в верхней челюсти. На серии КТ, определяется неоплазма, выполняющая всю верхнечелюстную пазуху с распространением преимущественно в полость носа и клетки решетчатого лабиринта. Кроме того, отмечается незначительная распространенность опухоли кзади – в крыловидно-небную ямку. Из клеток решетчатого лабиринта неоплазма распространяется в медиальные отделы орбиты. Описанная распространенность процесса позволяет предположить, что первично опухоль исходила из медиальных отделов верхнечелюстной пазухи. Отмеченное можно продемонстрировать серией компьютерных томограмм (рисунок 4).

Как видно из приведенных данных, компьютерная томография является весьма информативным методом обследования больных с мезенхимальными мягкоткаными саркомами ЧЛЮ. Скрупулезный анализ КТ-снимков позволяет проследить распространенность опухолевого поражения, а также иногда провести дифференциальную диагностику между некоторыми из них, что очень важно в доверификационный период обследования. И, тем не менее, этот очень ценный метод обследо-

вания не может претендовать на абсолютную точность и для окончательной верификации процесса необходимо патоморфологическое исследование. Использование данных компьютерной томографии в оценке распространенности опухолевого поражения позволяет оценить необходимость в том или ином хирургическом вмешательстве либо отказе от него в пользу химиолучевой терапии.

Литература

1. Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А. Колесов, Ю.И. Воробьев, Н.Н. Каспарова М.: Медицина, 1989. 304 с.
2. Harnsberger R.H., Wiggins R.H., Hudgins P.A., Michel M.A., Swartz J. Diagnostic Imaging. Head and Neck. Part II (2). Nose and Sinus // Canada.: Amirsys, 2006. P. II-2-64-II-2-94.
3. Som P.M., Weber A.L., Braun I.F., Nadel L. Head and Neck Imaging // Part 2. Sinus and Cavity // USA–Mosby-Year Book, 1991. P. 51–277.
4. Кочнев В.А. Клиника, дифференциальная диагностика и стадирование сарком мягких тканей / В.А. Кочнев // Практическая онкология. 2004. Т. 5. № 4. С. 237–242.
5. Ahmad M., Freymiller E. Cone beam computed tomography: evaluation of maxillofacial pathology // J. Calif. Dent. Assoc. 2010. Vol. 38. № 1. P. 41–47.