

ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (СКТ) В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ

Ж.В. ПИКЕЛЬГАУПТ, О.А. ПАНЮШКИНА, Н.В. КЛИМЕНСКАЯ,
Ж.А. ТОЛКАЕВА

МЛПУ «ГКБ № 1», г. Новокузнецк

Актуальность. Рак гортани составляет 1–4 % всех злокачественных опухолей. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов он встречается наиболее часто – 50–60 %. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин он занимает 5-е место. Чаще всего опухоли гортани не поддаются визуализации врачу-оториноларингологу в полном объеме, поскольку распространяются в подсвязочное пространство. Получение полной информации о протяженности и распространении опухолевого процесса имеет большое значение в выборе вида оперативного вмешательства.

Материал и методы. Исследование проводилось на мультисрезовом (40-срезовом) компьютерном томографе фирмы Siemens Somatom Sensation на базе отделения лучевой диагностики ГКБ № 1. Режим сканирования: 120 KV, 360 mAs, время сканирования 16 сек, время одного оборота 1 сек, pitch 0,8. Укладка пациента на спине, голова направлена в гентри, центрация луча производилась на центр подбородка. Направление сканирования каудо-краниальное. Зона интереса начинается снизу от грудино-ключичного сочленения и распространяется вверх до альвеолярного отростка верхней челюсти. Сырые данные обрабатывались фильтром H31 (мягкая обработка). Полученные результаты подвергались анализу в программе мультипланарной и 3D реконструкциях. В 3D реконструкциях применялись VRT библиотеки, позволяющие фильтровать ткани определенной плотности. Проведено исследование 25 пациентам с диагнозом опухоль гортани, из них 16 мужчин и 9 женщин в возрасте от 42 до 64 лет. Оперативное лечение в объеме радикальной резекции гортани проведено 17 пациентам.

Результаты. При анализе томограмм гортани и составлении протокола мы оценивали состояние надгортанника, надгортанникового заворота, грушевидного синуса, голосовых и

вестибулярных складок, желудочка гортани, щитовидного, перстневидного и черпаловидных хрящей и фасциальных пространств шеи. Перед исследованием все пациенты были осмотрены оториноларингологом. По результатам СКТ у 17 пациентов опухолевая ткань имела инфильтративный рост, нечеткие контуры с плотностью в 34–45 ед. Н. При болюсном и обычном введении контрастного вещества патологическая ткань практически не накапливала его, даже на отсроченных (5–15 мин) томограммах. У 12 человек опухоль инфильтрировала боковую стенку гортани, компремировала грушевидный синус, распространялась на голосовые и вестибулярные складки. У 4 пациентов диагностированы деструктивные изменения в 2 верхних кольцах трахеи. У 8 человек с поражением гортани выявлено разрушения щитовидного и перстневидного хрящей. У 9 человек опухоль представляла собой солидное узловое образование, которое суживало просвет надсвязочного этажа гортани, оттесняло голосовые складки и сдавливало грушевидный синус. У 2/3 пациентов были диагностированы сдавление межчерпаловидного и предпозвоночного пространств шеи. Околосонные пространства были деформированы у 2 человек. У всех пациентов визуализировались увеличенные лимфоузлы, расположенные вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Тонкие срезы сбора данных в этой проекции дают возможность оценивать все анатомические образования – костные, хрящевые и мягкотканые, а также патологические изменения, происходящие в гортани, которые не поддаются обзору при обычном, а иногда и эндоскопическом осмотре.

Выводы. Мультисрезовый компьютерный томограф позволяет получать тонкие срезы до 1,5 мм, дающие возможность более детально оценивать костную, хрящевую и мягкотканую структуру образований гортани. Информация,

получаемая при исследовании на спиральном компьютерном томографе, позволяет хирургу

заранее спланировать ход операции, определить ее объем и избежать осложнений.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.В. ПОТАПОВ

*Центральная клиническая больница Управления делами Президента Республики Казахстан,
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность. Частота метастатического поражения головного мозга у детей составляет до 37 %. Известно, что МРТ и КТ имеют примерно одинаковую чувствительность в выявлении метастатического поражения при размере очагов свыше 15 мм в диаметре. Наиболее часто метастазы в головной мозг у детей наблюдаются при саркомах и опухолей из эмбриональных клеток. Располагаются метастазы в мозге беспорядочно, размеры их различны, чаще они имеют множественный характер, однако в 30 % наблюдений определяются единичные очаги.

Цель исследования: оценить возможности компьютерной томографии в диагностике интракраниального метастатического поражения головного мозга у детей.

Материал и методы. Исследование проведено на спиральном компьютерном томографе «AURA» Philips. Обследовано 27 пациентов с интракраниальным метастатическим поражением, которое было разделено на внутримозговое поражение – 15 (55,6 %) пациентов и внемозговое (в т.ч. и субарахноидальное) – 12 (44,4%) пациентов. Кроме того, выделяли солитарное метастатическое поражение – у 20 (74%) пациентов и множественное метастатическое поражение – у 7 (26 %) пациентов. Первичный опухолевый процесс выявлен у 23 (85,2 %) пациентов, из них медуллобластома – 8 (29,7%) случаев, остеогенная саркома – 6 (22,2%), нейробластома – 4 (14,8 %), саркома Юинга – 2 (7,4%), анапластическая эпендимомма – 2 (7,4%), пинеобластома – 1 (3,7 %) наблюдение. В 4 (14,8 %) случаях первичного очага выявлено не было.

Результаты. КТ-признаками метастазов были следующие: гетерогенная структура – 20

(74,1 %) случаев, в то время как гомогенная структура новообразования была отмечена у 7 (25,9 %) пациентов, интенсивное контрастное усиление структуры новообразования выявлено у 15 (55,6 %), «масс-эффект» – у 12 (44,4 %), перифокальный отек – у 18 (66,7 %) больных. В 18 (66,7 %) случаях наблюдались солитарные метастазы, в 5 (18,5 %) – множественные, блокада ликворных путей отмечена в 9 (33,3 %) случаях. Плотность метастазов при проведении КТ исследования была гиподенсивная в 15 (55,6%), изоденсивная – в 8 (29,6 %), гиперденсивная – в 4 (14,8 %) случаях. Более редкими признаками, выявленными на КТ, были кровоизлияния в метастазы – в 4 (14,8 %) случаях, петрификаты, так же как некрозы – в 3 (11,1 %), кисты – в 2 (7,4 %) наблюдениях. Следует отметить, что кровоизлияния, зоны некрозов, петрификаты и кистообразование встречались исключительно в крупных (свыше 2 см) метастазах.

Выводы. У детей наиболее часто интракраниально метастазируют медуллобластома, остеогенная саркома, нейробластома, саркома Юинга, злокачественные опухоли астроцитарного ряда и т.д. Несмотря на разнообразие первичного процесса, отмечен ряд общих признаков, характерных для метастатических очагов. Обычно это одиночные или множественные дополнительные узловые образования округлой формы, до 2 см в диаметре, неоднородной, гетерогенной структуры, пониженной плотности на КТ, чаще всего интенсивно накапливающие контрастное вещество, с массивной зоной перифокального отека. Такие признаки, как кровоизлияния, кисты, петрификаты и зоны некроза, встречались преимущественно в более крупных и «старых» метастазах.