

**На правах рукописи**

**Миненков Геннадий Олегович**

**К ДОВЕРИФИКАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И  
ОПРЕДЕЛЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОБЪЕМНЫХ  
ОБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ  
ДЕСТРУКТИВНЫМ РОСТОМ**

**Специальность 14.00.14 – Онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание ученой степени кандидата**  
**медицинских наук**

**Бишкек – 2004**

Работа выполнена на кафедре ЛОР болезней Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук,  
профессор Фейгин Г.А.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,  
Султангазиева Б.Б.

кандидат медицинских наук,  
доцент Изаева Т.А.

Ведущая организация: Санкт-Петербургский  
Государственный медицинский  
Университет им. акад. И.П. Павлова,  
Российская Федерация

Защита состоится 30 июня 2004 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 730.001.03 в Кыргызско-Российском Славянском университете (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан 18 мая 2004 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

Ахунбаева Н.И.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы

Злокачественные опухоли верхней челюсти составляют 1-4% всех злокачественных новообразований. 80-92% больных с этой локализацией опухолей направляют на лечение в III-IV стадии развития процесса (Плужников М.С. с соавт., 1999, Муминов А.И. с соавт., 2000, M. Lonneux et al., 2000, и др.). Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания верхней челюсти встречаются реже и зачастую принимаются за злокачественные (Богомильский М.Р. с соавт., 1999, Сватко Л.Г., 1999, G. Lehnerdt et al., 2000 и др.). Необходимым условием выбора оптимального плана лечения больных с вышеуказанными заболеваниями верхней челюсти является точная патоморфологическая диагностика опухоли и определение распространения объемного деструктивного процесса.

Первая из названных задач решается не всегда легко. Это может быть связано с неудачным забором материала для патоморфологического исследования или когда опухоль или опухолеподобное образование находится в глубине анатомических образований. У таких больных, чтобы взять кусочек патологической ткани нужно выполнить не всегда легкое хирургическое вмешательство. В результате окончательное планирование лечения требует либо отсрочки до окончательной патоморфологической верификации заболевания, либо после экспресс-биопсии (Габуня Р.И. с соавт., 1995, Арцыбашева М.В. с соавт., 1998, Винников А.К. с соавт., 2002, Curran A., 1999, Caversaccio et al., 2001). Последняя, кстати, зачастую дает заключение о наличии или отсутствии злокачественного новообразования и реже определяется более точный патоморфологический диагноз опухоли (Овчинников Ю.М. с соавт., 2003, Рзаев Р.М., 2003, Levine P.A. et al., 1999, Lonneux et al., 2000).

Наиболее часто ошибки допускаются при определении прорастания неоплазмы в решетчатый лабиринт, основную пазуху, крыловидно-небную ямку, ретромандибулярное пространство, подвисочно-щечную область, орбиту и основание черепа. Ошибки в оценке распространенности процесса приводят к нерадикальности хирургического вмешательства и попытке оперировать заведомо неоперабельных больных.

При описании компьютерных томограмм в подавляющем числе сообщений, а их нами проанализировано более 260, указывается только на основные признаки. К их числу можно отнести характеристику распространенности объемного деструктивного процесса верхней челюсти, плотность тени, особенности, а чаще локализацию и наличие разрушения костных структур (Пачес А.И. с соавт., 2000, Kiefer A. et al., 2000 и др.).

В то же время в относительно редких сообщениях дается детальное описание и других признаков, казалось бы менее значимых, но позволяющих выявить некоторые особенности неоплазм. Они иногда дают

дополнительную характеристику, представляющую определенный интерес (Плужников М.С. с соавт., 1999, Араблинский А.В. с соавт., 2001, Hayt M.W. et al., 1998, Sato T., 2001).

Это дает нам основание считать, что в настоящее время недостаточно изученными являются некоторые возможности компьютерной томографии в доверификационной диагностике, позволяющие выявить отдельные компьютерно-томографические признаки, свойственные тому или иному непластическому или опухолеподобному процессу. В результате нельзя исключить диагностические ошибки при анализе компьютерных томограмм в комплексной диагностике, что и позволяет считать избранную тему актуальной.

### **Цель исследования**

Улучшить анализ результатов комплексного исследования, включающего в себя данные компьютерной томографии, в доверификационной дифференциальной диагностике различных объемных деструктивных заболеваний верхней челюсти и их распространенности за ее пределы.

### **Задачи исследования**

1. Дать подробную характеристику компьютерно-томографических признаков тени и вовлеченных анатомических структур, которые характеризуют различные виды деструктивного процесса при злокачественных неоплазмах, доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях верхней челюсти и выявить их дифференциально-диагностическое значение.

2. Сопоставить данные компьютерно-томографического обследования с данными патоморфологического исследования биопсийного и операционного материалов и на основании полученных результатов выявить их значимость в доверификационной диагностике опухолей и опухолеподобных заболеваний.

3. Представить на компьютерных томограммах признаки, позволяющие отличить вторичное неопухолевое поражение параназальных синусов и парамаксиллярных анатомических образований, теневые изменения в которых сливаются или близко соседствуют с тенью опухоли.

4. Оценить значимость сопоставления результатов, полученных с помощью диафаноскопии и ультразвукового исследования, с таковыми компьютерно-томографического обследования в диагностике некоторых заболеваний верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом.

5. Определить значение компьютерно-томографического обследования в определении распространенности опухолевых и опухолеподобных процессов, отличающихся деструктивным ростом в

пределах верхней челюсти и за ее пределы на парамаксиллярные анатомические образования.

### **Научная новизна**

Впервые в республиках Центральной Азии и Казахстана проведен детальный многоплановый анализ данных компьютерно-томографического исследования у 72 больных со злокачественными, доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями верхней челюсти.

Описаны результаты разностороннего изучения тени, ее границ, изменений в ней, костных структур и соседних парамаксиллярных образований на компьютерных томограммах, определена их относительная значимость в предварительной доверификационной диагностике и особенностях опухолей и опухолеподобных образований верхней челюсти и впервые сопоставлены полученные данные с таковыми в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Представлены компьютерно-томографические признаки некоторых редко встречающихся опухолей и опухолеподобных заболеваний верхней челюсти и роль дополнительных методов исследования (ультразвуковое, диафаноскопия) в уточнении результатов названного метода обследования.

### **Практическая ценность работы**

Выявлены и внедрены в клиническую практику компьютерно-томографические признаки деструктивного поражения верхней челюсти, свойственные либо злокачественному, либо доброкачественному процессу, которые можно использовать в доверификационный период, когда взятие биопсии невозможно, либо затруднено, что позволяет определить последующую тактику ведения и лечения больных.

Предложен способ дифференциальной диагностики некоторых кист верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом, с помощью сопоставления компьютерно-томографического обследования с результатами, полученными с помощью диафаноскопии, ультразвукового исследования и диагностической пункции верхнечелюстной пазухи.

Внедрен в клиническую практику способ детального анализа данных компьютерной томографии для уточнения распространенности неопластического процесса в парамаксиллярные анатомические образования.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

Анализ данных тени опухоли верхней челюсти на компьютерных томограммах в сопоставлении с таковыми, обусловленными вторичными изменениями со стороны парамаксиллярных синусов и анатомических образований по их плотности и анатомическим границам позволяет

уточненно определить границы опухоли и решить вопрос об объеме хирургического вмешательства или отказа от него.

Сопоставление данных, полученных с помощью детального анализа компьютерных томограмм и дополненных при необходимости данными ультразвукового исследования и диафаноскопии, а также результатами патоморфологических заключений, позволяет считать, что в доверификационный период с большой долей вероятности можно осуществить дифференциальную диагностику между злокачественными опухолями и доброкачественными объемными образованиями верхней челюсти, отличающимися деструктивным ростом.

Предложение для использования симптома, базирующегося на диссоциации данных при сравнении тени кисты на компьютерных томограммах (гомогенная вуаль плотностью +5НУ – +25НУ) с результатом их диафаноскопии (более яркое свечение по сравнению со свечением противоположных здоровых пазух).

### **Реализация полученных результатов**

Результаты исследований внедрены в клиническую практику ЛОР отделения Национального госпиталя и отделения опухолей головы и шеи Национального Центра онкологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Основные положения диссертационной работы внедрены в учебную программу лекций и практических занятий студентов и клинических ординаторов Кыргызской государственной медицинской академии, медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета и слушателей Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения квалификации.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации опубликованы в периодической печати, работа апробирована на объединенной конференции отделений онкологии, оториноларингологии и офтальмологии Национального Госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Фрагменты работы докладывались IV Европейском конгрессе оториноларингологов в 2000 году в Берлине, на 19 и 20 конференциях молодых ученых в Санкт-Петербурге в 2000 и в 2002 годах, заседании экспертной комиссии диссертационного совета Д.730.001.03 в Кыргызско-Российском Славянском университете по предварительному рассмотрению диссертаций по специальности 14.00.14 – онкология, 14.00.27 – хирургия и 14.00.44 – сердечно-сосудистая хирургия (Бишкек, 2003).

## **Публикации**

По материалам диссертационной работы опубликованы 10 статей и получено одно удостоверение на рационализаторское предложение.

## **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 151 страницах на русском языке и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего в себя 92 источника отечественной и 183 зарубежной литературы. Текст иллюстрирован 16 таблицами и 29 рисунками.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

#### **Общая характеристика больных**

В основу работы положены результаты обследования 72 больных с различными объемными, деструктивными заболеваниями верхней челюсти, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, в периоде 1991 по 2003 гг.

У больных с заболеваниями верхней челюсти в 26 случаях был определен плоскоклеточный рак (в 8 – ороговевающий в 18 – неороговевающий), в 4 – переходноклеточный, в 2 – цилиндроклеточный, в 4 – низкодифференцированный, в 4 – недифференцированный, в 1 – аденокарцинома, в 2 – саркома, в 1 – ангиосаркома, в 3 – лимфосаркома, в 1 – хондросаркома, в 2 – инвертированная папиллома, в 1 – склерозированная гемангиома, в 1 – ангиофиброма, в 1 – цементирующая фиброма, в 1 – остеобластокластома, в 2 – остеома, в 1 – болезнь Педжета, в 1 – фиброзная остеодисплазия, в 2 – эхинококковая киста, в 1 – ретенционная киста, в 1 – эпидермоидная киста, в 1 – пиоцеле, в 8 – фиброзный полип, в 1 – остеомиелит.

#### **Методы исследования**

Наряду с клиническим (степень тяжести заболевания, осмотр и исследование функции ЛОР органов и т.д.) и инструментально-лабораторным (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи и др.) обследованиями были использованы и другие специальные методы изучения состояния верхней челюсти и парамаксиллярных анатомических образований.

Компьютерная томография выполнялась на аппарате Tomoscan VX-S, Philips (Голландия). Схемы положения больного, технические условия и плоскости сканирования, по рекомендации Ю.М. Овчинникова и соавт., 1998, были взяты из справочника «Tomoscan LX».

Таким образом, в аксиальной проекции делалось около 9 срезов, а в коронарной – около 11.

В полученных на указанных уровнях срезов оценивали тень по ее плотности, характеру, границам, состоянию костных структур, костным включениям в нее и состоянию параназальных анатомических образований. Перечисленные характеристики анализировали по ряду компьютерно-томографических срезов (табл. 1).

**Таблица 1**

**Уровни отображения верхней челюсти и основных параназальных анатомических образований на компьютерных томограммах в различных проекциях**

Анатомические образования	Проекция	Аксиальная	Коронарная
Орбита		С 1 по 5 срезы	С 1 по 6 срезы
Скуловые кости и дуги		Со 2 по 8 срезы	С 3 по 6 срезы
Верхняя челюсть		С 4 по 9 срезы	Со 2 по 8 срезы
Полость носа		С 3 по 9 срезы	С 1 по 9 срезы
Лобные пазухи		1 срез	С 1 по 2 срезы
Решетчатый лабиринт		Со 2 по 4 срезы	Со 2 по 5 срезы
Основная пазуха		С 3 по 4 срезы	С 7 по 11 срезы
Носоглотка		С 7 по 8 срезы	С 10 по 11 срезы
Крыловидно-небная ямка		С 5 по 7 срезы	С 8 по 11 срезы
Ретромаксиллярное пространство		С 5 по 7 срезы	С 8 по 11 срезы
Передняя черепная ямка		1 срез	С 3 по 10 срезы
Средняя черепная ямка		С 1 по 3-4 срезы	С 10 по 11 срезы

Плотность тени оценивалась в условных единицах по шкале Хаунсфилда (денситометрическая оценка, NU характеристика) и условно сравнивалась с плотностью мышечной ткани (жевательной или крыловидно-небной мышцами), которая, как известно, относительно постоянна (+40NU – +60NU). Из-за вынужденной коллибровки аппарата по воздуху мы учитывали коэффициент поправки равный от +5NU до +10NU.

За малую интенсивность плотности тени (меньшая, чем мышечной ткани) мы условно принимали плотность +4NU – +40NU, за среднюю плотность (приблизительно равную мышечной ткани) – +40NU – +60NU, за высокую плотность (выше мышечной ткани) – +60NU – +90NU. Кроме того, мы выделяли тень хрящевой плотности – +120NU – +400NU, костной плотности – > +450NU и выше и тень воздушной плотности – до -1000NU. Об этом свидетельствуют данные различных авторов [Овчинников Ю.М., 1998, Gahbauer H.W., et al., 1999, Levine M., et al., 1999 и др.]

Тень на компьютерных томограммах могла быть гомогенной и негомогенной. Последняя подразделялась на «мелкопятнистую», «крупнопятнистую», с участками просветления, «многокамерную», «облаковидную» и по типу «замерзающей лужи». «Мелкопятнистой» мы считали тень, с незначительными колебаниями плотности внутри нее, а размеры пятен в ней не превышали 1-3 мм в диаметре. Если же размеры «пятен» были больше и их плотность превышала плотность основной тени более чем в 2 раза, то такую тень считали «крупнопятнистой». Тень с участками просветления, чаще неправильной формы, определялась в тех случаях, когда она в разных местах имела различную плотность (меньше на +10HU+20HU с основной тенью). В случае «многокамерной» тени внутри основной тени определялись несколько разновеликих контуров округлой или овальной формы. При этом плотность основной тени отличалась от плотности контуров внутри нее в пределах +40+65HU. «Облаковидная» тень характеризовалась тем, что в основной тени были видны тенеобразования неопределенной формы, напоминающие кучевые облака и имеющие либо близкую к костной, либо костную плотность. Тень в виде «замерзающей лужи» считалась тогда, когда интенсивность поглощения рентгеновских лучей по периферии была в 2-3 раза выше, чем в середине (разница на +120HU+310HU), что и вызвало такую ассоциацию. Границы тени на компьютерных томограммах могли быть костной, воздушной, мягкотканой и смешанной плотности. Последние могли иметь четкие или нечеткие края, порою сливающиеся местами с окружающими тканями. По краю периметра тени мог определяться ободок. Он мог быть нежным и четко определяемым. Границы тени считались нечеткими, расплывчатыми в том случае, когда визуально их сложно отличить от тенеобразования окружающих тканей. Четкими, но без ободка считаются таковые, которые заметно отличаются от тени окружающих тканей. В отдельных наблюдениях удается определить ободок мягкотканой плотности. Он может быть «четко определяемым», «грубым» или «нежным».

Иногда объемное образование оказывалось окруженным закругленным ободком, который образован фактически истонченными краями того или иного анатомического образования, ставшего таковым в результате резорбции костной ткани. Такие стенки могли иногда истончаться в каком-нибудь направлении или быть прерывистыми (разорванными на отдельные фрагменты).

Состояние костных структур на компьютерных томограммах обусловлено либо инфильтративным разрушением кости, либо остеопорозом от давления. В первом случае костная ткань анатомического образования частично или полностью исчезает. При неполной резорбции в связи с инфильтративным остеоллизисом ее край может быть изъеденным, а сохранившаяся часть костной структуры несмещенной и в части случаев утолщенной. При инфильтративном остеоллизисе с неполной резорбцией отдельных костных структур в тени опухоли иногда выявляются

фрагменты костной ткани, находящиеся в различных стадиях остеолизиса, проявления которого оказываются более выраженными во фрагментах, находящихся на периферии тени, нежели чем в ее центрально расположенных отделах.

При втором варианте деструкции регистрируются изменения костных структур верхней челюсти и параназальных образований по типу нарастающего остеопороза по направлению к дефекту (если таковой появляется) с их смещением от давления новообразования. В отдельных случаях при такой же характеристике изменений часть костных структур, формирующих параназальные синусы, альвеолярный отросток и другие параназальные образования могли замещаться патологической костной или фиброзной тканью. При обоих вариантах деструкции без внимания мы не оставляли и состояние параназальных синусов и параназальных анатомических образований, находящихся в контакте или вблизи от тени опухоли и даже расположенных на противоположной стороне.

Вышепредставленные оценочные критерии тени на компьютерных томограммах, безусловно, не отражают все нюансы, однако при сопоставлении с результатами патоморфологического изучения биопсийного и операционного материала позволяли делать выводы, имеющие практическое значение.

Рентгенограммы выполнялись в подбородочно-носовой проекции.

Анализ данных диафаноскопии аппаратом Геринга и методические особенности выполнения диагностической пункции верхнечелюстной пазухи мы осуществляли по В.Б. Бройде (1973).

Для УЗИ объемных процессов области верхней челюсти мы пользовались аппаратом Sinuscan (Финляндия) в точном соответствии с рекомендуемой производителем методикой.

Цифровой материал при сравнении показателей плотности тени злокачественных опухолей эпителиального и мезенхимального генеза на серии компьютерных томограмм был подвергнут статистической обработке с составлением вариационного ряда, нахождением средней величины показателя ( $M$ ) и ее средней ошибки ( $m$ ), определением величины оценочного критерия ( $t$ ) и оценки уровня вероятности  $P$  по таблице Стьюдента. При величине показателя 2 и более качественная оценка существенности различий считалась достоверной. При выявлении наличия или отсутствия того или иного диагностического признака на серии компьютерных томограмм при злокачественных (1 группа), доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях верхней челюсти (2 группа) подсчитывалось абсолютное число больных в каждой группе с определенным признаком, вычислялся их % к итогу (100%) и затем % одной группы делился на % другой. Таким образом, вычислялся показатель правдоподобия (определяемый в количестве раз).

## Результаты исследований

Сравнивая и анализируя признаки, полученные при анализе компьютерных томограмм, мы можем констатировать, что в доверификационный период можно с большой вероятностью диагностировать с какой опухолью – доброкачественной или злокачественной обратился больной за помощью.

Для злокачественной эпителиальной опухоли верхней челюсти характерными являются следующие признаки: негетерогенная тень среднеинтенсивной плотности (+45НУ – +66НУ) и с участками просветления неправильной формы, инфильтративный остеолитизис, отсутствие смещения сохранившихся костных структур, часто наличие костных фрагментов внутри опухоли, обрыв и изъеденность костных структур по периферии. Сохранившиеся костные структуры верхнечелюстной пазухи на компьютерных томограммах нередко расширены по сравнению с таковыми одноименного синуса другой стороны. По всей вероятности это связано с остеопериоститом, обусловленным либо реакцией на неоплазму, либо предшествующим появлением опухоли длительно протекающим воспалительным процессом.

Данные компьютерной томографии иногда могут отражать интенсивность роста злокачественной опухоли. Это удалось выявить на примере сравнения компьютерно-томографических изображений при неороговевающем и ороговевающем раке верхней челюсти. При первой форме рака у 12 больных в тени от опухоли были найдены фрагменты кости. Они у этих пациентов находились в различных стадиях инфильтративного остеолитизиса.

При этом в тех фрагментах, которые находились в глубине тени, этот процесс был менее выражен, в то время как во фрагментах, расположенных ближе к периферии опухоли и тем более у нее, они были более значительными. Этот симптом на компьютерных томограммах при ороговевающем раке верхней челюсти не был обнаружен нами ни у одного больного. Мы это связываем с тем, что рост плоскоклеточного ороговевающего по сравнению с плоскоклеточным неороговевающим раком бывает более медленным и поэтому инфильтративный остеолитизис костных структур успевает завершаться по мере развития неоплазмы. Учитывая это, мы считаем возможным причислить наличие костных фрагментов в различных стадиях инфильтративного остеолитизиса к признаку, свидетельствующему о быстром росте опухоли.

Сравнить плотность тени на компьютерных томограммах нам удалось у 48 больных с опухолями эпителиального генеза и у 7 – мезенхимального генеза. Среднее значение плотности для группы больных с эпителиальными опухолями составило  $+50,1 \pm 5,5$  единиц НУ, а мезенхимальными –  $+73,0 \pm 7,8$  единиц НУ. На основании ее результатов нам удалось констатировать, что теневое изображение 41 эпителиальной, злокачественной опухоли было менее плотным, нежели 7 злокачественных

мезенхимальных неоплазм, а сам признак является достоверным ( $P=2,1$ ). Для решения вопроса дифференциальной диагностики между этими группами заболеваний в доверификационный период также необходимо учитывать и другие отличительные особенности, имеющие отношение к особенностям роста, склонности к распаду, которая более часто выражена у раковых неоплазм, и, наконец, результатам патоморфологического исследования.

Не меньшее своеобразие представляют особенности тенеобразования на компьютерных томограммах, которые были отмечены нами при доброкачественных новообразованиях и опухолеподобных образованиях верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом.

При всех доброкачественных опухолях и опухолеподобных образованиях мы не зафиксировали деструкцию костных структур верхней челюсти и тем более парамаксиллярных костных образований по типу инфильтративного остеолитического. Во всех случаях с указанного рода объемными образованиями на сериях компьютерных томограмм регистрировалось смещение костных структур с постепенным их истончением до появления дефекта или же их истончение с разрывом на фрагменты, формирующие краевой контур образования.

При всех доброкачественных объемных образованиях (кроме 2 наблюдений переходно-клеточных папиллом), опухолевого или иного генеза, на серии компьютерных томограмм можно определить их границы по наличию ободка или наличию костных контуров, расположенных по краю опухолевой ткани.

Другую оценку следует дать характеристике самой тени. При разбираемых объемных образованиях она отличалась большим разнообразием. При переходно-клеточной папилломе и ангиофибrome была отмечена среднеинтенсивная, относительно гомогенная тень опухоли. При склерозированной гемангиоме и фиброзной остеодисплазии компьютерно-томографическая характеристика тени, на первый взгляд сходная. Однако оказалось, что, во-первых, так называемые «облаковидные» образования при них имели неодинаковую плотность. Их плотность при склерозированной гемангиоме примерно в два раза была слабее (+206,1HU) нежели при фиброзной остеодисплазии (+438HU). Во-вторых, склерозированная гемангиома, как правило, моноочаговая патология, а фиброзная остеодисплазия может быть таковой, но чаще бывает многоочаговой и, действительно, второй очаг остеодисплазии в нашем наблюдении был обнаружен в передне-боковом углу противоположной верхнечелюстной пазухи.

Оригинальными по своему виду тенеобразование на компьютерных томограммах верхней челюсти было зарегистрировано нами при цементирующей фиброме и остеобластокластоме. При обеих названных неоплазмах, опухоль имела мягкоткано-костную структуру. Однако при первой из них на фоне мягкотканного компонента (разрастание фиброзной ткани) определялись несколько округло-овальной формы ячеек,

формируемые в опухоли контурами более значительной плотности (цементомой). При второй неоплазме на серии компьютерных томограмм была видна опухоль, имеющая плотную, утолщенную капсулу, окаймляющую единую просветленную часть тени, внутренний край которой имел четкий неизъеденный контур. Хочется отметить весьма рельефные отличительные особенности, свойственные эхинококковым кистам. В наших наблюдениях при этом заболевании на серии компьютерных томограмм отчетливо контурировались хитиновая оболочка толщиной до 3,6 мм, плотность которой (+77,3НУ – +90,8НУ) заметно превышает таковую содержимого (+16НУ – +25НУ). Кроме этого, в тени могут определяться более нежные округлые контуры хитиновых оболочек дочерних эхинококковых кист, округлой или эллиптической формы, причем с содержимым, совпадающим по плотности с тенью основной кисты.

При ложных и ретенционных кистах мы регистрировали тень изучаемого образования и более выраженное свечение при диафаноскопии, что объяснимо законом Тинсдаля, характерным для коллоидных растворов. Такое сочетание признаков было названо симптомом диссоциации основных критериев. Кроме того, мы сопоставили данные патоморфологического исследования больных со злокачественными, доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями верхней челюсти с данными компьютерно-томографического обследования и вычислили показатель правдоподобия (табл. 2).

**Таблица 2**

**Сравнительная оценка данных компьютерно-томографического обследования и результатов патоморфологического исследования в плане верификации различных вариантов объемного, деструктивного процесса верхней челюсти**

Данные патоморфологического исследования	Злокачественные опухоли		Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания		Показатель правдоподобия (в количестве раз)
	Абсолютное число	В % к итогу (100%)	Абсолютное число	В % к итогу (100%)	
Совпадение с данными компьютерно-томографического исследования	45	93,7	17	71	1,3
Несовпадение с данными компьютерно-томографического исследования	3	6,3	7	29	0,2
Всего:	48	100	24	100	

Таким образом, в результате нашего исследования выявлено, что комплексное обследование, включающее в себя и компьютерную томографию, оказалось эффективным в диагностике объемных процессов верхней челюсти. Предложенный комплекс обследований позволяет не

только отдифференцировать злокачественный процесс от доброкачественного уже в доверификационный период, но и определить распространенность процесса на парамаксиллярные анатомические образования и решить вопрос о возможности и объеме хирургического вмешательства.

Разумеется, что этот метод комплексного обследования не единственный, с помощью которого можно решить эту первоочередную задачу. Он особенно ценен, когда получен результат биопсии, вызывающий сомнение, или когда взятие кусочка для патоморфологической верификации процесса затруднено, или требует масштабного хирургического вмешательства. А возможность воспользоваться данными онко-маркеров отсутствует. Поэтому прибегнуть в такой ситуации к помощи компьютерной томографии объемных образований верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом, в доверификационный период вполне обоснованно. На это мы обращали внимание и рекомендуем этими возможностями пользоваться в практической работе, поскольку данные комплексного обследования и в первую очередь компьютерной томографии позволяют при некоторых неоплазмах и опухолеподобных заболеваниях поставить диагноз, который часто совпадает с результатом патоморфологического исследования.

Эти данные дают возможность отличить с большой долей достоверности злокачественный процесс от доброкачественного, определить зоны вовлечения в процесс параназальных синусов и парамаксиллярных анатомических образований.

В свою очередь все это позволяет еще до использования методов диагностики инвазивного характера планировать предварительную тактику ведения и лечения больных с объемными образованиями верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом.

## **Выводы**

1. Для злокачественной опухоли верхней челюсти на компьютерной томограмме характерна неомогенная тень с признаками деструкции костных структур по типу инфильтративного остеолизиса, иногда наличием костных фрагментов в тени новообразования, зачастую, обрыв и изъеденность краев сохранившихся костных структур. Для доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний верхней челюсти на компьютерной томограмме характерна различная по своей индивидуальности тень с признаками смещения, нарастающего истончения и остеопороза с исчезновением костных структур от давления, и, зачастую, закругленность периферических, легко определяемых контуров тени.

2. Сопоставление данных компьютерно-томографической характеристики злокачественных опухолей и объемных новообразований верхней челюсти, отличающихся деструктивным ростом, в подавляющем

большинстве совпадают с результатами патоморфологического исследования по характеру злокачественности или незлокачественности роста, что позволяет предложить этот метод для ориентировочной доверификационной диагностики в случаях, когда биопсия затруднена, сомнительна или требует хирургического вмешательства.

3. При наличии признаков вторичного воспалительного процесса в параназальных синусах на компьютерной томограммах регистрируется гомогенная тень с плотностью, характерной для экссудата и сохранение костных стенок пазухи без каких-либо их повреждений.

4. Сопоставление данных компьютерной томографии с данными диафаноскопии и ультразвукового исследования позволяют диагностировать некоторые виды деструктивного, кистозного поражения верхней челюсти. В частности, речь идет об эхинококковой и ретенционной кистах.

5. Анализ данных компьютерной томографии позволяет определить распространенность опухолевых и опухолеподобных процессов в верхней челюсти как в ее пределах, так и в параназальных анатомических образованиях и решить вопрос об объеме хирургического вмешательства или отказе от него, а при некоторых злокачественных новообразованиях, чувствительных к лучевой терапии, определить поля облучения.

### **Практические рекомендации**

1. Желательно включать в комплексное обследование больных анализ данных, полученных с помощью комплексного исследования с обязательным использованием данных компьютерной томографии, при подозрении на объемный, деструктивный процесс в верхней челюсти.

2. Использовать данные компьютерной томографии для определения распространенности объемных, деструктивных процессов верхней челюсти за ее пределы в параназальные анатомические образования.

3. Использовать данные комплексного обследования для предварительной дифференциальной диагностики доброкачественного или злокачественного объемного процесса верхней челюсти в доверификационный период для планирования обследования и лечения в тех случаях, когда биопсия затруднена или требует проведения масштабного хирургического вмешательства.

**Основные положения диссертации изложены в следующих работах:**

1. К диагностической ценности компьютерной томографии при юношеской ангиофиброме // Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие // Сборник научных статей Центральной Азии, Казахстана и России. – Бишкек, 1998. – С. 290-294.

2. Дифференциально-диагностические различия между злокачественными новообразованиями верхней челюсти и деструктивными кистами верхней челюсти // Актуальные вопросы современной онкологии // Сборник научных трудов Кыргызского научно-исследовательского Института онкологии и радиологии, посвященный памяти А.И.Саенко. – Бишкек, 1998. – С. 115-117.

3. Дифференциально-диагностические различия между злокачественными новообразованиями верхней челюсти и юношеской ангиофибромой на основании данных компьютерной томографии, ультразвукового исследования и диафаноскопии // Актуальные вопросы оториноларингологии-хирургии головы и шеи // Сборник научных трудов. – Бишкек, 1999. – С. 24-31.

4. Диагностические признаки деструктивной кисты верхнечелюстной пазухи на основании данных компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования и диафаноскопии // Актуальные вопросы оториноларингологии-хирургии головы и шеи // Сборник научных трудов. – Бишкек, 1999. – С. 32-39.

5. О классификации юношеских ангиофибром носоглотки и о значении компьютерной томографии в выборе хирургического подхода для их удаления // Материалы I съезда оториноларингологов Кыргызской Республики. – Бишкек, 1999. – С.43-46.

6. On differential diagnosis of destructive maxillary mass lesions // Folia otorhinolaryngologica // St. Petersburg. – 1999. – vol. 5, № 1-2. – P. 43-45 (Coauth. G. Feigin).

7. Редкое наблюдение кисты носоглотки // Труды научно-практической конференции «Современные проблемы оториноларингологии южного региона Кыргызстана». – Бишкек, Жалал-Абад, 2000. – С. 10-11 (соавт. В.А. Насыров, М.М. Кадыров).

8. On differential diagnosis and the choice of approach for removal of various destructive maxillary and rhinopharyngeal mass lesion // Folia otorhinolaryngologica // St. Petersburg. – 2001. – vol. 7, № 3-4. – P. 77-81.

9. Болезнь Педжета в практике оториноларингологов // сборник статей преподавателей и сотрудников медицинского факультета КРСУ «Физиология, морфология и патология человека и животных в климато-географических условиях Кыргызстана». – Бишкек, 2001. – С. 96-98 (соавт. В.А. Насыров, К.Р. Кошлич).

10. Значение компьютерной томографии в диагностике продолженного роста юношеских ангиофибром основания черепа и в выборе метода для их удаления // Folia otorhinolaryngologica // St. Petersburg. – 2002. – vol. 8, № 1-2. – P. 46-50 (соавт. Г.К. Мусаева, И.И. Беспалов).

### **Рационализаторское предложение**

Способ дифференциальной диагностики деструктивных кистозных образований верхней челюсти // Рационализаторское предложение №700 от 30/06/1997, выданное Кыргызской Государственной Медицинской Академией при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Подписано в печать 27.05.2004. Формат 80x64 1/16

Печать офсетная. Объем 1,25 п.л.

Тираж 100 экз. Заказ 125.

Отпечатано в типографии КРСУ  
720000, Бишкек, Шопокова, 68.