

С.Н. КОЧНИКОВА, Ю.А. СЕРЕЖКО, Д.А. КРАВЧЕНКО, В.Е. СТАРЧЕНКОВ

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГОРТАННОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМНУ»

У большинства больных с опухолями гортани и гортанного отдела глотки при поступлении в клинику диагностируются поздние стадии заболевания. В этой ситуации важно оценить распространенность опухолевого поражения органа. Существующие методы магнитно-резонансной и компьютерной томографии – весьма эффективные, но в настоящее время еще не широко доступные и дорогие для проведения исследования. Для повышения качества диагностики возможно использование нативной рентгенографии, томографии гортани и рентгенологического исследования пищевода с контрастированием бариевой взвесью.

Послойное рентгенологическое исследование – томография осуществляется тогда, когда в процессе съемки рентгеновская трубка и кассета с пленкой синхронно перемещаются относительно больного. В результате на пленке получается более или менее резкое изображение только тех деталей, которые лежат в объекте на заданной глубине, а изображение деталей, расположенных выше или ниже, становится нерезким. Послойные снимки делаются с интервалом в 0,5 см. Лучшее рентгенологическое изображение просвета гортани происходит при фонации пациентом гласного звука верхней тональности. При таком условии голосовые складки максимально выступают в просвет гортани, а контуры внутренней поверхности становятся более выраженными. Обычно исследование ограничивается боковой рентгенографией и 3-4 томограммами гортани.

На томограммах гортани, кроме хрящей, видны мягкотканые образования (рис. 1): черпало-надгортанные, голосовые и вестибулярные складки. Подголосовая полость пространство и трахея отображаются в виде широкой полосы, суживающейся кверху. С обеих сторон, между вестибулярными и голосовыми складками, находятся гортанные желудочки, имеющие конусовидную форму. Кнаружи от гортани расположены грушевидные карманы, нижний край которых находится на уровне гортанных желу-

дочков. Следует отметить, что на томограммах гортани не определяются межчерпаловидное пространство и передняя комиссура, особенно в тех случаях, когда в этих отделах нет патологических образований.

Новообразования на томограммах и рентгенограммах визуализируются в виде локального увеличения объема пораженного участка гортани. При исследовании выявляются опухолевые образования от 3 мм в диаметре. Обычно опухоли имеют неровные контуры, но иногда их форма может быть овальной или округлой. Тень новообразования на рентгенограммах выглядит более интенсивной, чем тень окружающих ее отделов гортани. Иногда на фоне интенсивной тени определяются участки просветления, сви-

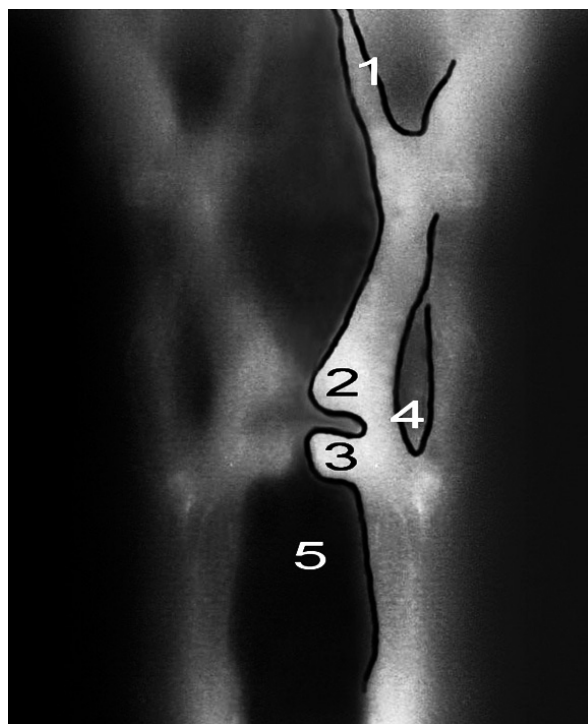


Рис. 1. Схема томограммы гортани: 1 – черпало-надгортанная складка, 2 – вестибулярная складка, 3 – голосовая складка, 4 – грушевидный карман, 5 – подголосовая полость и трахея



Рис. 2. Томограмма и рентгенограмма гортани. Определяется значительное утолщение слева черпало-надгортанной, вестибулярной и голосовой складок с распространением инфильтрации на подголосовую полость

детельствующие о распаде опухоли. При росте новообразование увеличивается в объеме, и гортань становится асимметричной. Происходит сглаживание контуров внутреннего просвета гортани. Срединная линия гортани проходит через пораженную сторону, а непораженная часть гортани смещается кнаружи. В таких случаях распространение опухоли происходит каудально, в подголосовую полость, трудно выявляемое при непрямой ларингоскопии, но хорошо определяется на томограммах (рис. 2).

При поражении вестибулярного отдела гортани новообразование или отечная слизистая оболочка могут прикрывать вход в гортань. Соответственно голосовой аппарат и подголосовую полость невозможно увидеть при непрямой ларингоскопии. Поэтому выполнение томографии гортани позволяет установить факт поражения голосовых складок опухолью (рис. 3), а также их интактность (рис. 4).

Поражение надгортанника хорошо определяется на боковых рентгенограммах гортани. На снимках надгортанник деформирован, увеличен, представляет собой бугристое шаровидное образование, иногда с участками распада. При такой локализации нередко поражается и преднадгортанниковое пространство, о чем



Рис. 3. Томограмма гортани. Определяется утолщение справа вестибулярной и голосовой складок

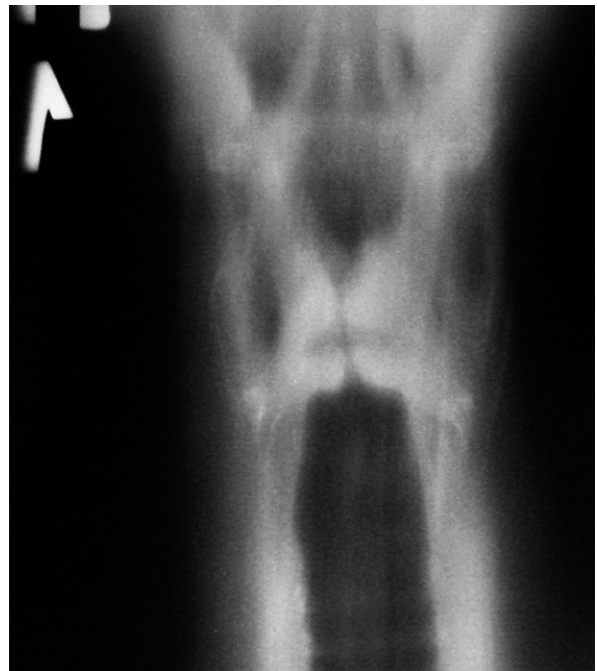


Рис. 4. Томограмма гортани. Определяется утолщение слева черпало-надгортанной и вестибулярной складок. Голосовые складки не поражены опухолью

может свидетельствовать отсутствие его нормальной дифференцировки.

Следует отметить, что увеличение объема какого-либо отдела гортани может быть обусловлено отеком, который сопровождает опухолевый рост, но может иметь и воспалительный характер. Рентгенологически для опухоли характерна бугристость контуров и повышенная интенсивность тени. Воспалительный инфильтрат дает равномерное увеличение объема, менее интенсивную тень и ровные контуры. Следовательно, при описании рентгенограмм гортани констатируется увеличение объема ее отделов.

Поражение гортанного отдела глотки на томограммах гортани отображается в виде затенения в грушевидном кармане. Для подтверждения патологии этого отдела глотки существует другой метод – искусственное контрастирование. Больному дают выпить водную взвесь сульфата бария. При рентгеноскопии наблюдается пассаж контрастного вещества в пищевод или задержка его в глотке. На рентгенограммах выявляются остатки сульфата бария (после его прохождения) на стенках глотки и опухолевых образованиях, которые выступают в ее просвет. Опухоль, растущая в слизистой оболочке, вначале приводит к неровности контура глотки. Это относительно ранний симптом рака глотки. Основным рентгенологическим синдромом при новообразованиях гортанного отдела глотки является сужение его просвета с образованием дефекта заполнения, диффузным сужением и обтурацией входа в пищевод (рис. 5). В определении распространения опухолевого процесса рентгеновский метод с использованием контраста может быть полезен даже при отсутствии данных о морфологической структуре опухоли. Располагая сведениями, полученными при исследовании, можно определить тактику дальнейшей помощи больному и диагноз поражения.

Таким образом, томография гортани и рентгенологическое исследование пищевода с использованием контраста все еще являются доступными и информативными методами диагностики опухолей гортани и гортанной части глотки. В зависимости от изменений, выявленных при исследовании, решается возможность проведения консервативного или оперативного лечения больного, но основанием для его назначения при наличии опухолей гортани и гортанной части глотки должна быть только морфологическая верификация обра-



Рис. 5. Рентгенограмма пищевода с контрастом. Определяются неровности контура гортанного отдела глотки и дефект заполнения в области левого грушевидного кармана

зования. При хирургическом вмешательстве рентгенологическая оценка распространения опухоли позволяет определить объем предстоящей операции.

Бесспорно, что выполненное компьютерной или магнитно-резонансной томографии играет значительную роль в установлении зоны поражения органа. Однако такие методы исследования гортани и гортанной части глотки, как томография гортани и рентгеновское исследование пищевода с использованием контраста, в определенных случаях тоже могут быть актуальными. До проведения исследования онколог всегда должен знать, какую информацию можно получить, применяя тот или иной метод диагностики в каждом конкретном случае.

Надійшла до редакції 04.02.2010.

© С.Н. Кочникова, Ю.А. Серезко, Д.А. Кравченко, В.Е. Старченков, 2011