



Редкие неопухолевые заболевания глотки и гортани

Степанова Е.А.¹ • Вишнякова М.В.¹ • Мустафаев Д.М.¹ • Ахтямов Д.В.¹ • Гаганов Л.Е.¹

Некоторые воспалительные системные и не-системные заболевания глотки и гортани клинически могут имитировать течение опухолевого процесса. В этих случаях метод компьютерной томографии обеспечивает быстрое обследование пациентов, существенно добавляя информацию к эндоскопической картине. Представлены 4 клинических наблюдения, объединенных общими аспектами:

подозрением на опухолевый процесс и отсутствием типичных компьютерно-томографических симптомов, характерных для опухолевого поражения. IgG4-связанное склерозирующее заболевание, ревматоидный артрит, амилоидоз и актиномикоз являются редкими состояниями, тем не менее они должны быть включены в дифференциальный диагноз. В этой связи знание лучевых особенностей этих редких

нозологических форм будет полезно практикующему специалисту.

Ключевые слова: компьютерная томография, IgG4-связанное склерозирующее заболевание, ревматоидный артрит, амилоидоз, актиномикоз

doi: 10.18786/2072-0505-2015-43-100-108

Воспалительные заболевания, включая острый бактериальный и вирусный ларингит, – наиболее частая патология гортани, в большинстве случаев являющаяся частью симптомокомплекса острой респираторной вирусной инфекции. Точных сведений о встречаемости острого ларингита не существует. Больные с острым или хроническим ларингитом, как правило, не нуждаются в лучевом обследовании, так как для диагностики заболевания достаточно осмотра специалиста и проведения ларингоскопии. Однако атипичная клиническая картина патологии глотки и гортани может

нацелить врача на поиск более грозных заболеваний, в том числе имитирующих опухолевые поражения. В таких ситуациях компьютерная томография обеспечивает быстрое обследование пациентов с подозрением на воспалительные инфекционные и неинфекционные заболевания глотки и гортани, существенно добавляя информацию к эндоскопической картине. При компьютерной томографии исследуются: состояние воздушных путей, распространение патологического процесса за пределы слизистой оболочки, протяженность изменений, вовлечение хрящей, инвазия смежных анатомических структур, включая



глотку, корень языка, область пищевода, трахею или мягкие ткани шеи. Оцениваются также регионарная лимфаденопатия и невровакулярное распространение патологических изменений. Знание особенностей компьютерно-томографической картины при воспалительных поражениях даже неизвестной этиологии позволяет провести корректную диагностику, что, в свою очередь, определяет тактику лечения.

Цель – оценить возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике редких патологических состояний гортани.

Материал и методы

Материалом для работы послужили 4 редких клинических наблюдения из нашей практики: 2 мужчин и 2 женщины в возрасте от 40 до 74 лет с подозрением на опухолевый процесс гортани. Всем пациентам была проведена мультиспиральная компьютерная томография на аппаратах Philips Brilliance 16 и iCT (256 срезов) по стандартному протоколу до и после внутривенного болюсного введения изо- или гипоосмолярных йодсодержащих контрастных препаратов.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях по результатам исследований отмечено отсутствие типичных компьютерно-томографических симптомов, характерных для опухолевого поражения гортани. Это стало предпосылкой для более тщательного анализа клиническо-рентгенологической картины с целью поиска иного возможного генеза выявленных изменений. В конечном итоге были диагностированы несколько редких нозологических форм, на которых остановимся подробнее.

IgG4-связанное склерозирующее заболевание гортани

IgG4-связанное склерозирующее заболевание – недавно описанная иммунозависимая системная патология с общей патофизиологией и вариabельными проявлениями, характеризующаяся диффузной или очаговой воспалительной инфильтрацией пораженных органов и тканей плазматическими клетками, экспрессирующими IgG4. В последующем отмечается развитие облитерирующего флебита и фибросклероза соответствующих органов. Заболевание протекает с разной степенью агрессивности с вовлечением одного органа или мультисистемными патологическими изменениями. Симптомы зависят от органа-мишени. Наиболее часто поражаются поджелудочная железа (с развитием аутоиммунного

Степанова Елена Александровна – канд. мед. наук, врач-рентгенолог отделения рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии¹
 ✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–9, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 631 72 07. E-mail: stepanova-moniki@mail.ru

Вишнякова Мария Валентиновна – д-р мед. наук, руководитель рентгенологического отделения¹
 ✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 684 44 33. E-mail: cherridra@list.ru

Мустафаев Джаваншир Мамед оглы – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., отделение оториноларингологии¹

Ахтямов Дмитрий Вадимович – науч. сотр., отделение челюстно-лицевой хирургии¹

Гаганов Леонид Евгеньевич – д-р мед. наук, заведующий патологоанатомическим отделением¹

панкреатита) [1], билиарная система (склерозирующий холангит) [2], слезные и слюнные железы (болезнь Микулитча) [3], элементы орбиты [4], щитовидная железа (тиреоидит Риделя) [5], почки (тубулоинтерстициальный нефрит) [6], забрюшинное пространство (ретроперитонеальный фиброз) [7], аорта (аортит) [8], кишечник (мезентерит), предстательная и молочная железы, легкие, перикард, мозговые оболочки, гипофиз, лимфатические узлы и кожа. Обширная инфильтрация IgG4 клетками плазмы и Т-лимфоцитами пораженного органа или органов нарушает форму и функции тканей, а также инициирует интенсивную воспалительную реакцию [9]. Эти процессы приводят к фиброзу, облитерирующему флебиту и образованию инфильтратов в пределах пораженного органа, которые часто ошибочно принимают за опухоли. По причине медленного прогрессирования болезни у пациентов может быть стертая и неспецифичная симптоматика, больше связанная с отеком и нарушением функций.

Поскольку у пациентов с IgG4-склерозирующим заболеванием при первичном выявлении обычно предполагают злокачественные опухоли, точный дифференциальный диагноз необходим для того, чтобы избежать ненужного хирургического вмешательства. Природа фиброзирующего процесса, характерного для IgG4-склерозирующей болезни, остается невыясненной, однако все проявления в целом хорошо поддаются терапии иммуносуппрессантами, в частности глюкокортикоидами, особенно при ранней инициации такого лечения. Это определяет необходимость и важность ранней диагностики и разработки соответствующих диагностических критериев.

Описания изолированного поражения гортани при IgG4-склерозирующем заболевании в отечественной и мировой литературе мы не встретили. Приводим собственное клиническое наблюдение.

В ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в течение 3 лет наблюдается пациент К., 1938 года рождения, с диагнозом IgG4-склерозирующей болезни с изолированным поражением гортани. Из анамнеза известно, что жалобы на затруднение дыхания через естественные дыхательные пути, одышку и слабость появились в январе 2012 г. Спустя 3 месяца он прошел комплексное обследование. При осмотре со стороны гортани определялось умеренное ограничение подвижности правой ее половины; слизистая оболочка была обычной окраски, гладкая; просвет сужен за счет утолщения правой вестибулярной и голосовой

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Рис. 1. Эндофотография гортани: асимметрия гортани за счет смещения ее правой половины влево. Вестибулярная и голосовая складки справа увеличены в размерах. Правый грушевидный карман не раскрывается. Голосовая щель на уровне вестибулярного и голосового отделов гортани сужена

складок. Была заподозрена подслизистая опухоль гортани (рис. 1).

При компьютерной томографии шеи до и после внутривенного болюсного введения низкоосмолярного йодсодержащего контрастного препарата в количестве 100 мл выявлены изменения, расцененные как картина протяженной опухоли задней стенки гортани с деструкцией хрящей, распространением на трахею; не исключалась также вовлеченность в процесс верхнего отдела пищевода (рис. 2). При этом с уровня надскладкового отдела вдоль задней стенки гортани визуализировалась зона инфильтрации тканей без четких контуров, формирующая картину дополнительного образования слабо неомогенной плотности, неправильной формы, с неровными и нечеткими очертаниями. Определялась протяженная деструкция пластинки перстневидного хряща, практически тотальная деструкция правого и менее выраженная деструкция левого черпаловидного хряща. Просвет гортани на уровне изменений резко сужен, голосовые

и вестибулярные складки отечны, желудочки гортани не дифференцировались. После внутривенного контрастного усиления существенного накопления измененными тканями контрастного препарата не выявлено. Увеличенных и патологически измененных лимфатических узлов на шее не определялось. Щитовидная железа частично загрудинной локализации, ткань железы обычной структуры и размеров, без очаговых образований.

Диагноз IgG4-склерозирующей болезни с изолированным поражением гортани был установлен в результате комплексного обследования с исключением системных поражений, определением уровня IgG4 в сыворотке крови и проведением иммуногистохимического исследования гистологических препаратов с окраской на плазмциты, секретирующие IgG4 (рис. 3).

После установления диагноза пациенту проведен курс системной гормональной терапии. По результатам компьютерно-томографического исследования, выполненного через 9 месяцев, отмечена явная положительная динамика (рис. 4).

В настоящее время у пациента наступила стойкая клинико-рентгенологическая ремиссия заболевания.

IgG4-склерозирующая болезнь – новая проблема в медицине, обуславливающая необходимость дальнейшего изучения и мультидисциплинарного подхода в диагностике. С практической точки зрения при обнаружении объемного образования любой локализации без инфильтративного роста, не накапливающего активно контрастное вещество при компьютерной томографии (или магнитно-резонансной томографии), в случае исключения по данным гистологии лимфомы или неоплазии, а также при выявлении фиброза и лимфоплазмодитарной инфильтрации необходимо предположить IgG4-склерозирующую болезнь и провести определение уровня IgG4 сыворотки и иммунофенотипирование биоптата.

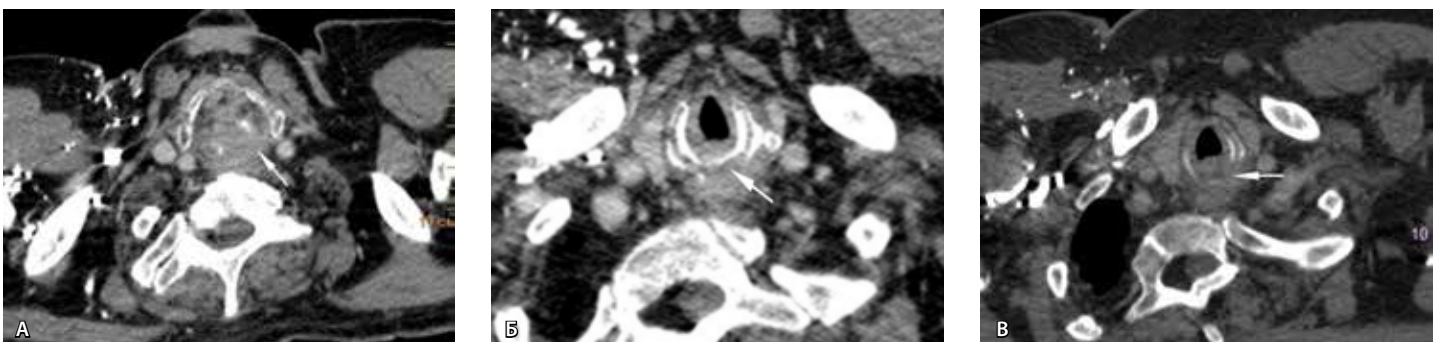


Рис. 2. Аксиальное изображение, венозная фаза мультифазного болюсного исследования: **А** – объемное образование задней стенки гортани (стрелка) с компрессией ретрофарингеального пространства, выраженной деструкцией черпаловидных хрящей (поражение правого хряща выражено больше); **Б** – деструкция пластинки перстневидного хряща (стрелка); **В** – распространение изменений на подскладковый отдел и шейную часть трахеи (стрелка)

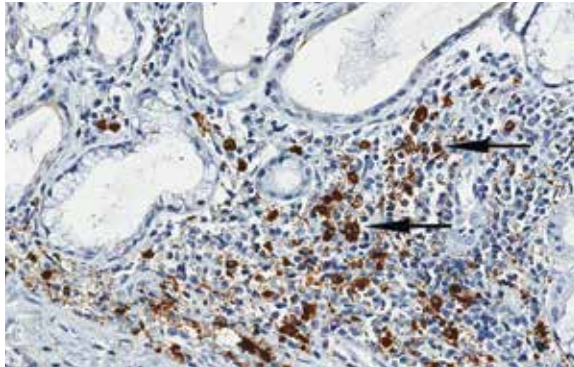


Рис. 3. Иммуногистохимическое исследование: иммунное воспаление с обилием плазматических клеток в инфильтратах (стрелки) и массивным продуктивным фиброзом; имеются очаги периваскулярного фиброза; инфильтраты состоят преимущественно из IgG4 плазматических клеток, 73,6% которых представлены IgG4 клетками, что позволяет подтвердить диагноз IgG4-связанной склерозирующей болезни

Ревматоидное поражение гортани

Ревматоидный артрит – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Во взрослой популяции заболевание поражает 3% населения, среди детей регистрируют до 35 случаев на 100 тыс. [10]. Для ревматоидного артрита характерно появление воспалительных инфильтратов в синовиальной оболочке суставов, состоящих из мононуклеарных клеток, в основном Т-лимфоцитов, а также активированных макрофагов и плазматических клеток, часть из которых вырабатывают ревматоидный фактор. Синовиальные клетки усиленно пролиферируют, синовиальная оболочка набухает, утолщается, образует выросты в подлежащие ткани. Кроме того, внесуставные узелки могут образовываться в различных органах.

В оториноларингологии признаки и симптомы ревматоидного артрита изменчивы и плохо

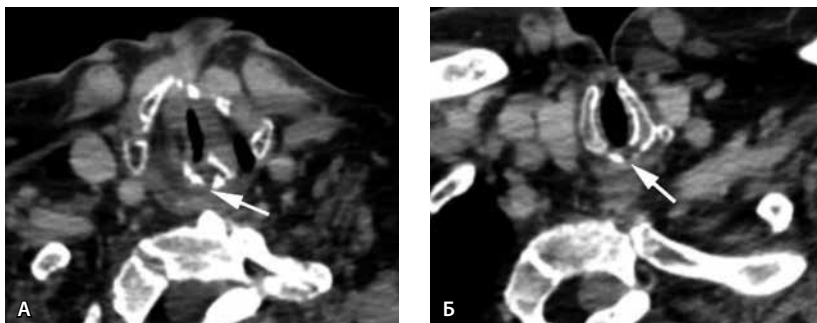


Рис. 4. Аксиальное изображение, венозная фаза мультифазного болюсного исследования, динамическое исследование через 9 месяцев: **А** – объемное образование задней стенки гортани значительно уменьшилось в размерах; определяются фрагменты правого и левый черпаловидный хрящ (стрелка). Увеличилась структурность тканей гортани с более четкой дифференцировкой жировых и мышечных элементов; **Б** – структура перстневидного хряща уплотнилась, объем дефекта пластинки перстневидного хряща значительно уменьшился в размерах, края его – четкие и ровные (стрелка)

определены. При поражении гортани могут наблюдаться артриты хрящей гортани и ревматоидные узелки в самой гортани, которые, в свою очередь, могут вызывать обструкцию верхних дыхательных путей. В течение последних десятилетий прошлого века частота поражения гортани при ревматоидном артрите увеличилась с 31 до 75%, что, скорее всего, связано с улучшением диагностики; при аутопсии этот показатель достигает 90% [11, 12, 13].

Клинически при артрите перстнечерпаловидного сустава отмечают дисфония, дисфагия, отек соответствующей области гортани; голосовая складка на стороне поражения ограничена в движениях или неподвижна. Складка обычно занимает парамедиальное или интермедиальное положение. При двустороннем артрите перстнечерпаловидных суставов может возникать резкое затруднение дыхания. При стихании воспалительного процесса подвижность голосовой складки может остаться ограниченной, при исходе в анкилоз сустава возникает полная его неподвижность.

Несмотря на то что частота встречаемости ревматического поражения гортани достаточно высока, его своевременная диагностика запаздывает, а в некоторых случаях требует мультидисциплинарного подхода и использования сложных лучевых исследований. Проиллюстрируем вышесказанное на клиническом примере.

Пациентка Г., 1978 года рождения, поступила в отделение оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом «новообразование гортаноглотки (киста?). Ревматоидный артрит».

На момент осмотра пациентка предъявляла жалобы на ощущение инородного тела, дискомфорт в горле, затруднение дыхания при физической нагрузке, храп. Из анамнеза: считает себя больной в течение года, когда появились чувство инородного тела в горле, охриплость голоса. Лечилась консервативно. Охриплость прошла, чувство инородного тела в горле сохранялось. При первичном компьютерно-томографическом исследовании гортани по месту жительства: в верхнем и среднем отделе гортани справа определяется дополнительное образование овальной формы, неоднородной плотности, размером 1,8×2×1 см, распространяющееся из-под надгортанника до нижнего края щитовидного хряща (рис. 5).

При обращении в Московский областной онкологический диспансер была выполнена фиброларингоскопия с пункцией образования гортаноглотки, при которой получен гной. Установлен диагноз «новообразование гортаноглотки (киста)», рекомендовано наблюдение по месту жительства. Однако в течение

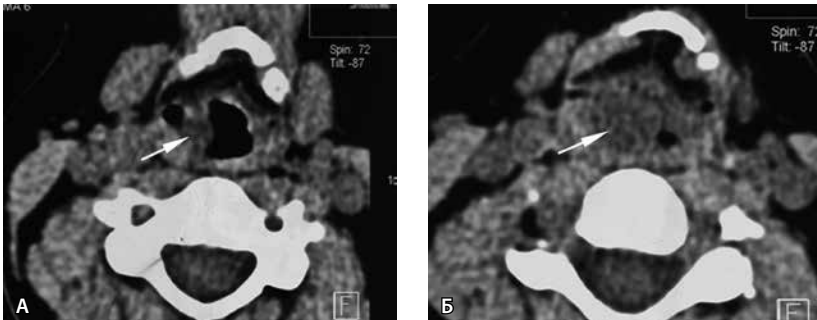


Рис. 5. Компьютерная томография гортани, бесконтрастное исследование, аксиальные изображения на разных уровнях гортани (**А, Б**): в правой черпалонадгортанной складке дополнительное образование пониженной плотности, обтурирующее грушевидный синус (стрелки)



Рис. 6. Эндофотография гортани: картина подслизистого новообразования правого грушевидного синуса

3–4 последних месяцев к имеющимся жалобам присоединилась одышка при физической нагрузке. После консультации в клинко-диагностическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского пациентка была госпитализирована в отделение

оториноларингологии, где под наркозом выполнена ригидная гипофарингоскопия с удалением новообразования правого грушевидного синуса (рис. 6).

Образование содержало примерно 2 мл гноя, без запаха. Данные гистологии: продуктивное воспаление с образованием гранулем типа ревматоидных узелков с некрозом коллагена и кистозной трансформацией. Выраженный ксантоматоз, воспалительная инфильтрация. Изменения ассоциированы с имеющимся у пациентки артритом.

При контрольной компьютерной томографии определялись воспалительные изменения левой голощечной складки, левого грушевидного синуса, признаки артрита сустава между телом и большим рогом подъязычной кости слева, левого перстнечерпаловидного сустава (рис. 7).

После коррекции лечения и достижения положительной динамики состояния пациентка выписана под наблюдение ревматолога и оториноларинголога по месту жительства.

Поражение гортани может быть единственным текущим признаком проявления ревматоидного артрита, сопровождаться деструктивными изменениями хрящей и имитировать множество заболеваний, как воспалительных, так и опухолевых. Правильно интерпретированные данные компьютерной томографии должны ориентировать врача и нацелить на поиск системной патологии.

Изолированный амилоидоз гортани

В настоящее время амилоидозом называют группу заболеваний с большим разнообразием клинических проявлений, вызванных системным или локальным отложением в органах и тканях фибриллярных белковых масс, имеющих общую физическую структуру, но различающихся по

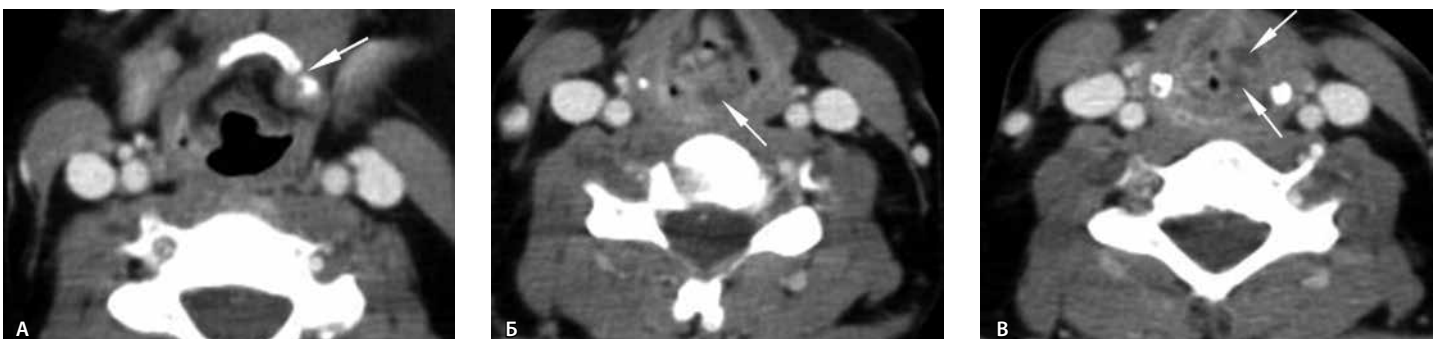


Рис. 7. Компьютерная томография гортани, постконтрастное исследование, аксиальные изображения: **А** – нечеткость и неровность контуров суставных поверхностей костей, образующих соединение между телом и большим рогом подъязычной кости слева (стрелка), мягкие ткани вокруг утолщены и уплотнены; **Б** – в левом грушевидном синусе визуализируется небольшое жидкостное образование (стрелка); **В** – структура левой голосовой складки уплотнена, складка увеличена в объеме с наличием мелкого жидкостного образования, в проекции левого перстнечерпаловидного сустава – также мелкое жидкостное образование (стрелки)

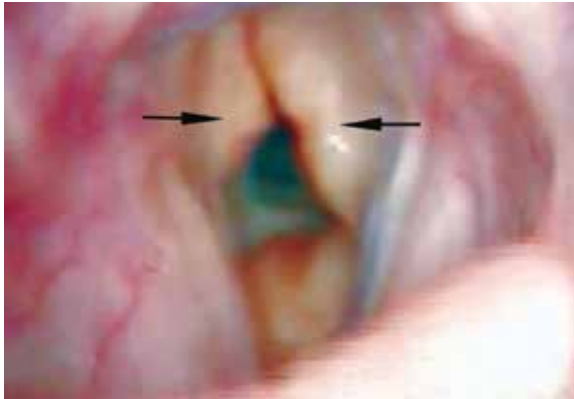


Рис. 8.
Эндоскопическая
фотография
гортани: определяются
амилоидные массы
(стрелки)

химическому составу фибрилл. В основе амилоидоза лежит системная прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани как следствие синтеза аномального белка – амилоида [14, 15]. Респираторный тракт поражается у 50% больных первичным генерализованным амилоидозом. Амилоид может откладываться в голосовых складках (иногда первый симптом болезни – охриплость), в околоносовых пазухах, в глотке, гортани, трахее, бронхах, межальвеолярных перегородках, в сосудах легких различного калибра. Первичный амилоидоз дыхательных путей – редко встречаемая патология. Диффузное отложение амилоида чаще наблюдается в области вестибулярной складки (55%), желудка гортани (36%), подсвязочного пространства (36%), голосовой связки (27%), черпаловидно-подгортанной складки (23%) и передней комиссуры (14%) [16, 17, 18, 19].

Несмотря на редкость, амилоидоз гортани следует считать важным заболеванием в дифференциальном ряду поражений гортани. Именно поэтому знание типичной лучевой картины поражения при амилоидозе может быть полезно практикующему специалисту.

Пациентка О., 60 лет, обратилась с жалобами на охриплость, затруднение дыхания при физической нагрузке и дискомфорт в горле при глотании. В течение 3 месяцев перед госпитализацией отмечала усиление одышки, охриплости, затруднения дыхания при физической нагрузке. Больная наблюдалась у оториноларинголога по месту жительства, ей проводилась общая и местная противовоспалительная терапия. В связи с неясностью клинической картины и отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии была направлена в ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского.

Изучение анамнеза показало, что возникновение заболевания пациентки ни с чем не связывает, предшествующих, сопутствующих заболеваний не выявлено,

вредных привычек нет. При фиброларинготрахеоскопии отмечено: вход в гортань свободен, надгортанник в виде лепестка, вестибулярные и черпалонадгортанные складки обычного цвета и размера, обе половины гортани подвижны при фонации. На уровне подгортанного отдела гортани и 1-го кольца трахеи обнаружено новообразование бугристой формы желтоватого цвета с сужением просвета гортани I степени (рис. 8). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Другие ЛОР-органы – без видимой патологии.

Под местной аппликационной анестезией под контролем фиброларингоскопа взят биоптат из новообразования. Результат гистологического исследования биоптата: обширные поля отложений амилоида. После получения гистологического заключения пациентка была полностью обследована и системный амилоидоз был исключен.

На основании полученных данных клинического, гистологического и инструментального методов исследования был поставлен диагноз «первичный локальный амилоидоз подскладочного отдела гортани с распространением на верхнюю треть трахеи». Проведено хирургическое вмешательство: эндоларингеальная микрохирургия с удалением амилоидных масс гортани и верхней трети трахеи с восстановлением воздушного просвета.

Пациентка наблюдалась без рецидива амилоидной опухоли гортани и трахеи в течение 4 лет после хирургического лечения, регулярно выполнялась компьютерная томография гортани. При очередном плановом обследовании был выявлен рецидив заболевания. При компьютерной томографии определяется циркулярная инфильтрация подскладочного отдела гортани и шейной части трахеи. После внутривенного контрастного усиления отмечалось умеренное гомогенное накопление контрастного препарата патологической тканью. Внутривидовые очертания инфильтрации – четкие, бугристые. Деструкции хрящей гортани и колец трахеи, признаков шейной лимфаденопатии не выявлено (рис. 9).

Компьютерная томография в сочетании с эндоскопическим исследованием может входить в алгоритм первичной диагностики амилоидоза, острых и хронических местных осложнений заболевания, а также использоваться для своевременного выявления рецидива. Компьютерно-томографическая картина амилоидоза неспецифична и характеризуется наличием циркулярной подслизистой инфильтрации, умеренно накапливающей контрастный препарат. Амилоидоз следует включать в дифференциально-диагностический ряд вместе с гранулематозными поражениями при туберкулезе, саркоидозе, гранулематозе Вегенера.

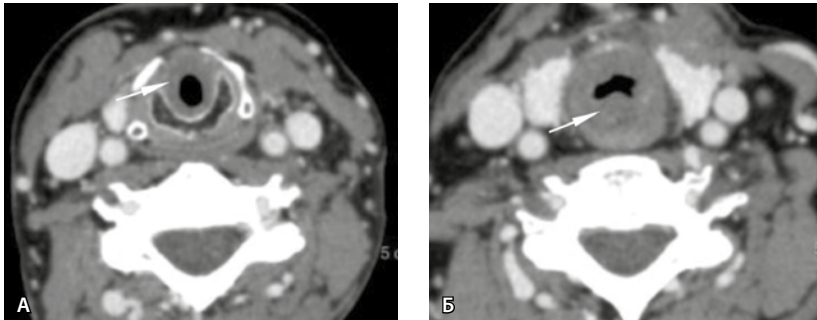


Рис. 9. Компьютерная томография шеи, постконтрастное исследование, аксиальные сканы (А, Б): циркулярная инфильтрация гортани и трахеи (стрелки) с сужением просвета. Отсутствие визуализации регионарных увеличенных и измененной плотности лимфатических узлов

Шейный актиномикоз

Актиномикоз представляет собой редкое заболевание, вызванное грамположительными анаэробными бактериями – представителями нормальной флоры дыхательных путей и пищеварительного тракта. Большинство актиномицетов, обитающих в полости рта, относятся к аэробам. При патологических процессах, чаще одонтогенной природы, аэробные актиномицеты переходят в анаэробную форму и вместе с другими бактероидами гнездятся в некротическом распаде пульпы зуба, околокорневых деструктивных очагах, патологических зубных карманах при пародонтите, затрудненном прорезывании зуба. Выделяют три клинические формы актиномикоза: шейный, брюшной и легочный. На шейный актиномикоз приходится от 50 до 80% случаев. Диагностика может быть затруднительна из-за нехватки общих знаний, возможного атипичного течения процесса и неспецифических рентгенологических симптомов [20, 21, 22]. Клинически и рентгенологически у таких пациентов часто предполагается

опухолевый процесс, гранулематозное воспаление, туберкулезная или грибковая инфекция [23]. В большинстве случаев диагноз ставится только по результатам биопсии [24, 25].

Компьютерно-томографическая картина актиномикоза может иметь различные варианты; тем не менее, с учетом данных литературы, можно выделить ее основные особенности. Как правило, это солидные дополнительные образования с нечеткими наружными контурами с признаками инвазии и воспаления в окружающих мягких тканях [26]. Актиномикозу свойственно распространение через фасциальные пространства шеи. Этот инфильтративный характер распространения присущ также абдоминальному и торакальному актиномикозу [27, 28]. Еще одной особенностью можно считать относительно гомогенное умеренное накопление контрастного препарата с отсутствием больших зон некроза и кистозных участков. В отдельных случаях могут наблюдаться мелкие кистовидные участки, связанные с гистологической природой актиномикоза, при наличии центрального очага гнойного расплавления, окруженного грануляционной тканью и выраженным фиброзом [29].

Представленное нами наблюдение демонстрирует достаточно типичную клинико-рентгенологическую картину актиномикоза.

Пациент К. 45 лет был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «новообразование шеи». Пациент заметил образование около месяца назад, обращался в поликлинику по месту жительства, после консультации челюстно-лицевого хирурга был направлен на госпитализацию. При рентгеновской компьютерной томографии шеи справа по ее боковой поверхности определялось дополнительное образование, представленное преимущественно солидной тканью с небольшими кистозными вкраплениями. Солидный компонент умеренно накапливал

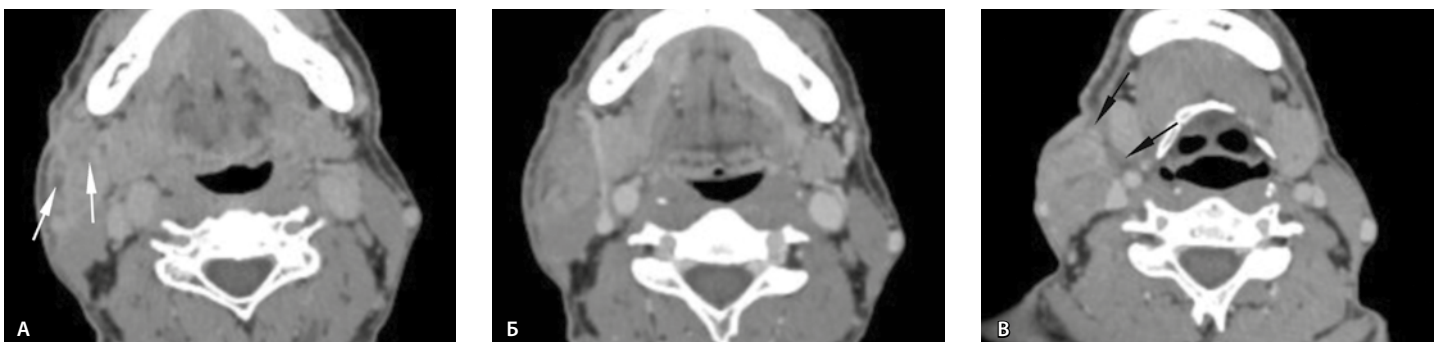


Рис. 10. Компьютерная томография шеи, постконтрастное исследование, аксиальные сканы (А, Б, В): дополнительное образование наружной поверхности шеи справа, сливающееся с кивательной мышцей и кожей, с мелкими очагами пониженной плотности в структуре (белые стрелки) и выраженными инфильтративными изменениями клетчатки вокруг (черные стрелки)

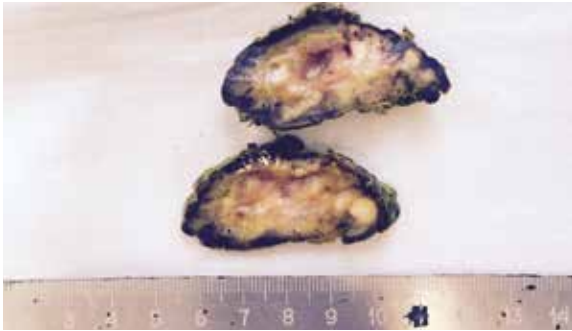


Рис. 11. Макропрепарат удаленного патологического образования шеи

контрастный препарат. Образование располагалось подкожно, сливалось с наружной и передней поверхностями кивательной мышцы, наружные очертания его были нечеткие и неровные, окружающая клетчатка выражено инфильтрирована, отечна. Измененная клетчатка определялась также в парафарингеальном пространстве и сливалась с увеличенной в объеме правой нёбной миндалиной (рис. 10).

Локализация и остальные компьютерно-томографические характеристики не соответствовали проявлениям типичной воспалительной или метастатической лимфаденопатии при опухолях глотки. Была рекомендована гистологическая верификация. Однако у пациента быстро развилась клиника острого воспаления, и он был взят на экстренную операцию. Было выполнено удаление образования с иссечением клетчатки шеи (рис. 11). Гистологически: признаки хронического абсцесса, абсцедирующего гнойного лимфаденита с наличием друз актиномицетов (рис. 12).

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент был выписан под наблюдение хирурга-стоматолога по месту жительства.

Актиномикоз должен быть включен в дифференциальный диагноз при визуализации на шее или в гортани солидных образований, умеренно накапливающих контрастный препарат, особенно с существенной воспалительной реакцией окружающей клетчатки. Немаловажное значение

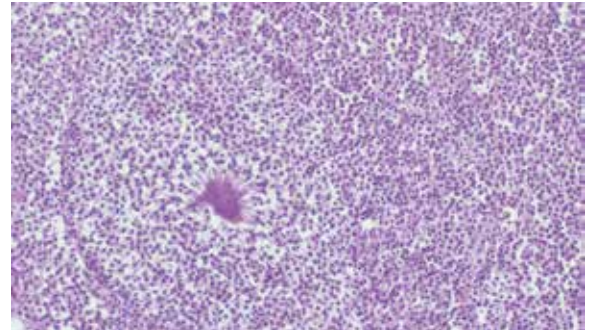


Рис. 12. Микропрепарат удаленного хронического абсцесса, окраска гематоксилином и эозином. В центре – друзы актиномицетов

имеют мелкие очаги некроза и отсутствие выраженной реактивной шейной лимфаденопатии при солидных образованиях даже больших размеров, что также очень характерно для актиномикоза.

Заключение

Нами представлены заболевания глотки и гортани различной этиологии с многообразной компьютерно-томографической симптоматикой – IgG4-связанное склерозирующее заболевание, ревматоидный артрит, амилоидоз и актиномикоз. Однако все эти случаи объединены некоторыми общими аспектами: исходным подозрением на опухолевый процесс и отсутствием типичных компьютерно-томографических симптомов, характерных для опухолевого поражения (включая локализацию, особенности развития, характер накопления контрастного препарата, отсутствие характерной лимфаденопатии даже при выраженном процессе). Несмотря на статистическую редкость, все эти заболевания необходимо учитывать в дифференциально-диагностическом ряду, особенно при атипичных клинко-рентгенологических проявлениях. Быструю и своевременную диагностику и лечение этих нечасто встречаемых, но потенциально грозных патологических состояний может обеспечить комплексный мультидисциплинарный подход. ©

Литература / References

1. Deshpande V, Gupta R, Sainani N, Sahani DV, Virk R, Ferrone C, Khosroshahi A, Stone JH, Lauwers GY. Subclassification of autoimmune pancreatitis: a histologic classification with clinical significance. *Am J Surg Pathol.* 2011;35(1):26–35. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182027717.
2. Kamisawa T, Takuma K, Anjiki H, Egawa N, Kurata M, Honda G, Tsuruta K. Sclerosing cholangitis associated with autoimmune pancreatitis differs from primary sclerosing cholangitis. *World J Gastroenterol.* 2009;15(19):2357–60.
3. Stone JH. IgG4-related disease: nomenclature, clinical features, and treatment. *Semin Diagn Pathol.* 2012;29(4):177–90. doi: 10.1053/j.semdp.2012.08.002.
4. Plaza JA, Garrity JA, Dogan A, Ananthamurthy A, Witzig TE, Salomão DR. Orbital inflammation with IgG4-positive plasma cells: manifestation of IgG4 systemic disease. *Arch Ophthalmol.* 2011;129(4):421–8. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.16.
5. Stone JH, Khosroshahi A, Hilgenberg A, Spooner A, Isselbacher EM, Stone JR. IgG4-related



- systemic disease and lymphoplasmacytic arteritis. *Arthritis Rheum.* 2009;60(10):3139–45. doi: 10.1002/art.24798.
6. Wong DD, Pillai SR, Kumarasinghe MP, McGertigan B, Thin LW, Segarajasingam DS, Hollingsworth PN, Spagnolo DV. IgG4-related sclerosing disease of the small bowel presenting as necrotizing mesenteric arteritis and a solitary jejunal ulcer. *Am J Surg Pathol.* 2012;36(6):929–34. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182495c96.
 7. Nishimori I, Kohsaki T, Onishi S, Shuin T, Kohsaki S, Ogawa Y, Matsumoto M, Hiroi M, Hamano H, Kawa S. IgG4-related autoimmune prostatitis: two cases with or without autoimmune pancreatitis. *Intern Med.* 2007;46(24):1983–9.
 8. Cheuk W, Chan AC, Lam WL, Chow SM, Crowley P, Lloyd R, Campbell I, Thorburn M, Chan JK. IgG4-related sclerosing mastitis: description of a new member of the IgG4-related sclerosing diseases. *Am J Surg Pathol.* 2009;33(7):1058–64. doi: 10.1097/PAS.0b013e3181998cbe.
 9. Cheuk W, Chan JK. IgG4-related sclerosing disease: a critical appraisal of an evolving clinicopathologic entity. *Adv Anat Pathol.* 2010;17(5):303–32. doi: 10.1097/PAP.0b013e3181ee63ce.
 10. Pickhard A, Smith E, Rottscholl R, Brosch S, Reiter R. Disorders of the larynx and chronic inflammatory diseases. *Laryngorhinotologie.* 2012;91(12):758–66. doi: 10.1055/s-0032-1323769.
 11. Lawry GV, Finerman ML, Hanafee WN, Mancuso AA, Fan PT, Bluestone R. Laryngeal involvement in rheumatoid arthritis. A clinical, laryngoscopic, and computerized tomographic study. *Arthritis Rheum.* 1984;27(8):873–82.
 12. Voulgari PV, Papazisi D, Bai M, Zagorianakou P, Assimakopoulos D, Drosos AA. Laryngeal involvement in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2005;25(5):321–5.
 13. Ylitalo R, Heimbürger M, Lindstedt PA. Vocal fold deposits in autoimmune disease – an unusual cause of hoarseness. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2003;28(5):446–50.
 14. Kyle RA. Amyloidosis: a convoluted story. *Br J Haematol.* 2001;114(3):529–38.
 15. Sideras K, Gertz MA. Amyloidosis. *Adv Clin Chem.* 2009;47:1–44.
 16. Gilad R, Milillo P, Som PM. Severe diffuse systemic amyloidosis with involvement of the pharynx, larynx, and trachea: CT and MR findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(8):1557–8.
 17. Siddachari RC, Chaukar DA, Pramesh CS, Nares KN, de Souza CE, Dcruz AK. Laryngeal amyloidosis. *J Otolaryngol.* 2005;34(1):60–3.
 18. Ergas D, Abramowitz Y, Lahav Y, Halperin D, Sthoeger ZM. Exertion dyspnea and stridor: an unusual presentation of localized laryngeal amyloidosis. *Isr Med Assoc J.* 2006;8(1):73–4.
 19. Morawska A, Wiatr M, Składzień J. Ways of treatment of non-malignant laryngeal tumors in older patients – laryngeal amyloidosis. *Otolaryngol Pol.* 2008;62(2):141–4.
 20. Belmont MJ, Behar PM, Wax MK. Atypical presentations of actinomycosis. *Head Neck.* 1999;21(3):264–8.
 21. Allen HA 3rd, Scatarige JC, Kim MH. Actinomycosis: CT findings in six patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1987;149(6):1255–8.
 22. Silverman PM, Farmer JC, Korobkin M, Wolfe J. CT diagnosis of actinomycosis of the neck. *J Comput Assist Tomogr.* 1984;8(4):793–4.
 23. Nagler R, Peled M, Laufer D. Cervicofacial actinomycosis: a diagnostic challenge. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83(6):652–6.
 24. Ermiş I, Topalan M, Aydın A, Erer M. Actinomycosis of the frontal and parotid regions. *Ann Plast Surg.* 2001;46(1):55–8.
 25. Nagler RM, Ben-Arieh Y, Laufer D. Case report of regional alveolar bone actinomycosis: a juvenile periodontitis-like lesion. *J Periodontol.* 2000;71(5):825–9.
 26. Weber AL, Siciliano A. CT and MR imaging evaluation of neck infections with clinical correlations. *Radiol Clin North Am.* 2000;38(5):941–68, ix.
 27. Ha HK, Lee HJ, Kim H, Ro HJ, Park YH, Cha SJ, Shinn KS. Abdominal actinomycosis: CT findings in 10 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1993;161(4):791–4.
 28. Kwong JS, Müller NL, Godwin JD, Aberle D, Grymaloski MR. Thoracic actinomycosis: CT findings in eight patients. *Radiology.* 1992;183(1):189–92.
 29. Von Lichtenberg F. Infectious disease. In: Contran RS, Kumar V, Robbins SL, editors. *Robbins pathologic basis of disease.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 383–4.

Rare non-tumor diseases of the pharynx and larynx

Stepanova E.A.¹ • Vishnyakova M.V.¹ • Mustafaev D.M.¹ • Akhtyamov D.V.¹ • Gaganov L.E.¹

A number of inflammatory systemic and non-systemic pharyngeal and laryngeal diseases may clinically imitate a tumor. In these cases, computed tomography provides rapid assessment and significant additional information to that obtained from endoscopy. We present 4 clinical observations with certain common features. These are a suspicion of a neoplasm and absence of typical computed tomography symptoms characteristic of tumor lesions. IgG4-related systemic disease, rheumatoid arthritis,

amyloidosis, and actinomycosis are rare disorders, however, they should be considered in the differential diagnosis. In this context, the knowledge of the radiation diagnostic characteristics of these rare nosologies will be useful for a practitioner.

Key words: computed tomography, IgG4-related systemic disease, rheumatoid arthritis, amyloidosis, actinomycosis

doi: 10.18786/2072-0505-2015-43-100-108

- Stepanova Elena A.** – PhD, Roentgenologist, Department of X-ray Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging¹
 ✉ 61/2–9 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 631 72 07.
 E-mail: stepanova-moniki@mail.ru
- Vishnyakova Mariya V.** – MD, PhD, Head of Department of Roentgenology¹
 ✉ 61/2–15 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 684 44 33.
 E-mail: cherridra@list.ru
- Mustafaev Dzhavanshir Mamed oglu** – PhD, Senior Research Fellow, Department of Otorhinolaryngology¹
- Akhtyamov Dmitriy V.** – Research Fellow, Department of Oral and Maxillofacial Surgery¹
- Gaganov Leonid E.** – MD, PhD, Chief of Department of Pathological Anatomy¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation