

## ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ШЕИ: АНЕВРИЗМА СОННОЙ АРТЕРИИ И АБСЦЕСС МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Жестовская С.И., Евдокимова Е.Ю., Лебедева Е.В., Тюменцев Н.В.

**А**ктуальность диагностики объемных образований шеи обусловлена как многообразием нозологического ряда, так и отсутствием специфической клинической картины.

**Цель.** Отметить клинические особенности объемных образований шеи таких, как аневризма сонной артерии и абсцесс мягких тканей, а также характеристики лучевых методов диагностики (УЗИ, КТ).

**Материалы и методы.** Приведены данные литературы и собственное наблюдение редко встречающейся гигантской аневризмы общей и внутренней сонных артерий, абсцесса мягких тканей шеи, протекающих под «маской» онкологических заболеваний.

**Результаты.** Окончательный диагноз верифицирован данными гистологического исследования по результатам оперативного вмешательства. Описана лучевая семиотика выявленной патологии, отмечены преимущества и ограничения методов в дифференциальной диагностике объемных образований шеи.

**Выводы.** Исследование показало важность полноценного обследования данной группы пациентов имеющимися в арсенале методами лучевой диагностики, что обусловлено многообразием нозологического ряда, отсутствием специфической клинической картины и анатомической особенностью строения области шеи.

**Ключевые слова:** аневризма сонной артерии, абсцесс мягких тканей шеи, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография.

## THE MASSES OF THE NECK: CAROTID ARTERY ANEURYSM AND ABSCESS OF THE SOFT TISSUES

Zhestovskaya S.I., Evdokimova E.Y., Lebedeva E.V., Tiumentcev N.V.

**T**he importance of the neck masses diagnostics is determined due to both nosological variety and the absence of specific clinical patterns.

**Purpose.** To provide clinical features of the neck masses such as carotid arteries aneurism and soft tissues abscess, as well as characteristics of radiological methods (ultrasound, CT).

**Materials and Methods.** The provided literature data and case studies focus on uncommon gigantic aneurism of common and internal carotid arteries, abscess of soft tissues of the neck, that cause the clinical simulation of oncology disease.

**Results.** The final diagnosis was verified with the help of the histological study after the surgical treatment. The article described radial semiotics of the identified disorders, highlights advantages and limitations of methods of differential diagnostics considering mass of the neck.

**Conclusion.** The research revealed the necessity of full-scale examination of the patients using all available radiological methods. This is determined by the variety of nosology aspects, absence of specific clinical pattern, and anatomical features of the neck.

**Keywords:** aneurysm of the carotid artery, abscess of the soft tissues of the neck, ultrasound, computed tomography.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. г. Красноярск, Россия.

SBEI «Krasnoyarsk state medical University named after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky» department of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Krasnoyarsk, Russia.

**К** объемным образованиям шеи относятся врожденные пороки развития, воспалительные и опухолевые поражения, актуальность диагностики которых обусловлена как многообразием нозологического ряда, так и отсутствием специфической клинической картины. Основными методами диагностики патологических образований шеи являются лучевые методы исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ), позволяющие определить размеры, характер образования (воспалительный, опухолевый или сосудистый), дать точную локализацию и взаимоотношение с окружающими тканями. Эффективность диагностики объемных образований шеи

определяется сочетанием диагностических возможностей лучевых методов, что позволяет поставить правильный диагноз в 100% случаев. Нами представлены 2 клинических случая объемных образований шеи – гигантская аневризма общей и внутренней сонной артерий и абсцесс мягких тканей шеи, протекающие под «маской» онкологических заболеваний.

**Клинический случай №1.**

Больной, 58 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии 20.05.2014 года с жалобами на опухолевидное болезненное образование на шее слева. Из анамнеза: пациент наблюдался в психоневрологическом интернате



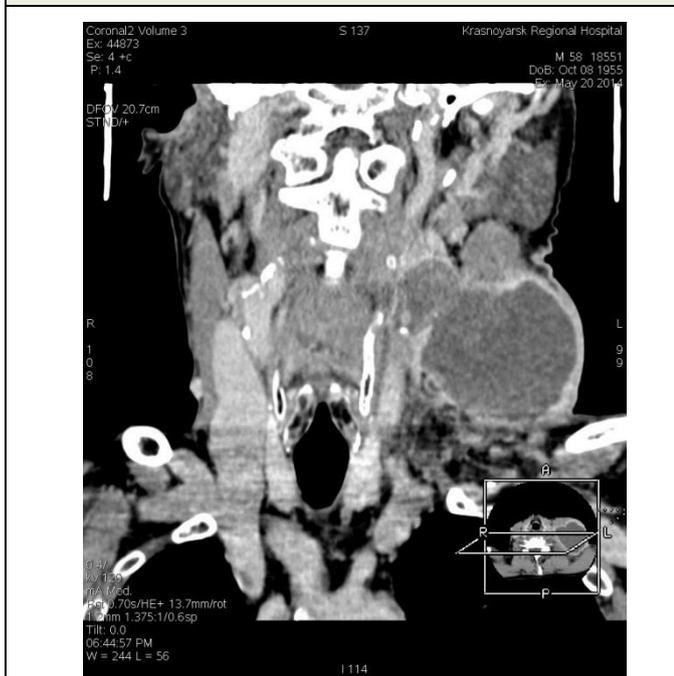
**Рис. 1.**



**Рис. 2.**

**Рис. 1.** УЗИ мягких тканей шеи, поперечное сканирование образования.

**Рис. 2.** УЗИ мягких тканей шеи, панорамное сканирование образования.



**Рис. 3.**



**Рис. 4.**

**Рис. 3.** МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением, МПР.

**Рис. 4.** МСКТ мягких тканей шеи, МПР.

Частично тромбированная аневризма левой общей сонной артерии (ОСА) и внутренняя сонная артерия (ВСА), стеноз левой ВСА в устье до 70%.

по поводу деменции; год назад появились припухлость на шее, осиплость голоса, прогрессирующая афазия. Больной обследован на амбулаторном этапе узкими специалистами (отоларингологом, хирургом-эндокринологом, врачом-онкологом), проведено УЗИ (03.03.2014 г.): данные за объемное образование мягких тканей шеи с признаками слабо выраженной васкуляризации. При выполнении тонкоигольной аспирационной биопсии патологического образования получено 60 мл лизированной крови (в материале кистозно-геморрагическая жидкость, роговые чешуйки). Таким образом, по результатам амбулаторного обследования данных за онкопатологию не выявлено.

При поступлении в стационар: на боковой поверхности шеи слева пальпируется болезненное бугристое опухолевидное образование 10\*12 см, в анализах крови: сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Проведена тонкоигольная диагностическая пункция: получено 15 мл лизированной крови.

При ультразвуковом исследовании мягких тканей шеи, позади кивательной мышцы выявлено образование овальной формы с неровными контурами, протяженностью от верхней трети шеи до средней трети ключицы, размерами 8,7\*5,1\*5,3 см. Структура образования гетерогенная, на одну треть жидкостная, с плотными стенками неравномерной толщины и массивным неоднородным пристеночным компонентом, при ЦДК аваскулярное (рис. 1, рис. 2).

Образование интимно прилежит к задне-латеральной стенке левой ОСА и ВСА. Контуров стенок артерий нечеткие, размытые, при ДС с ЦДК сосуды деформированы, просвет ВСА сужен до 65%. В бифуркации левой ОСА визуализируется концентрическая, гетерогенная, кальцинированная атерома протяженностью 17 мм, переходящая на устье левой ВСА. По результатам УЗИ высказано предположение об аневризме левой ОСА и ВСА с частичным тромбированием просвета.

Пациенту проведена МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением, результаты которой подтвердили частично тромбированную аневризму левой ОСА и ВСА, стеноз левой ВСА в устье до 70%. (рис. 3 – рис.5).

При выполнении оперативного вмешательства: в области бифуркации ОСА выявлена ножка аневризмы шириной до 3 см, аневризма тромбирована, диаметром до 8 см, без пульсации, с латеральным распространением под кивательную мышцу. Произведена резекция аневризмы, пластика левой общей сонной и внутренней артерий аутовенозной заплатой на протяжении 4,5 см, эверсионная эндартерэктомия из ВСА. По данным патогистологического исследования причиной развития аневризмы ле-

вой ОСА и ВСА явился атеросклероз.

#### **Клинический случай №2.**

Больная, 78 лет, 08.12.2014 года обратилась к ЛОР-врачу с жалобами на наличие опухолевидного образования на шее слева, которое появилось после переохлаждения в начале ноября 2014 года. Со слов больной, ранее в поликлинике по месту жительства была проведена диагностическая пункция для исключения онкозаболевания (результаты не представлены). После пункции отмечалось резкое увеличение образования в размерах и повышение температуры тела, по данным УЗИ от 19.11.2014 г.: тиреомегалия, лимфаденит. На момент осмотра: отек в области шеи слева, выраженная гиперемия кожных покровов, пальпируется плотное болезненное образование до 8 см в диаметре, в анализах крови: сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При проведении УЗИ: по левой, передне-боковой поверхности шеи выявлено образование размерами 6,0x5,0x2,4 см, неоднородной структуры с гипозоногенными включениями в центре, с нечеткими контурами, капсула образования четко не дифференцируется. При ЦДК образование аваскулярное, кроме того отмечается увеличение диаметра и отсутствие компрессии левой внутренней яремной вены, протяженностью около 3 см, без признаков кровотока. По результатам УЗИ высказано предположение о воспалительном характере образования, окклюзирующем тромбозе левой внутренней яремной вены.

МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением: в мягких тканях шеи слева, между подкожно-жировой клетчаткой и левой грудино-ключично-сосцевидной мышцей, определяется зона неоднородной пониженной (с участками жидкостной) плотности, с неровными нечеткими контурами, размерами до 5,9x4,9x2,5 см, слабо накапливающая контрастное вещество по периферии в артериальную и отсроченную фазы. Прилежащие мягкие ткани инфильтрированы, левая доля щитовидной железы слегка оттеснена патологическим образованием (рис. 6, рис. 7).

Кровоток в брахиоцефальных артериях сохранен. В левой внутренней яремной вене, на уровне образования, определяется дефект наполнения, продолжительностью до 3 см (Рис. 8).

Диагноз: абсцесс мягких тканей шеи слева, тромбоз левой внутренней яремной вены (результаты подтверждены данными оперативного вмешательства).

#### **Результаты и их обсуждение.**

Аневризма экстракраниального отдела сонных артерий (СА) – редко встречающееся заболевание, составляющее 0,4-4% всех аневризм периферических артерий, частота развития аневризм внутренней сонной артерии (ВСА)

диагностируется в 1-2% всех заболеваний сонных артерий [1, 2, 3]. Аневризмой экстракраниального отдела ВСА считают локальное увеличение диаметра более 50% (диаметр ВСА в среднем отделе 0,55±0,06 см у мужчин и 0,49±0,07 см у женщин, в устье (bulbus) 0,99±0,10 см у мужчин и 0,92±0,10 см у женщин) [4].

Особенностью клинической картины аневризмы СА является разнообразие симптомов,

как местных (наличие пульсирующего образования, боли в области шеи, дисфагия, дисфония), так и отдаленных, в виде повреждений ЦНС (транзиторные ишемические атаки, симптомы компрессии близлежащих к аневризме нервных стволов, симпатических сплетений) [1, 4]. Причиной развития аневризмы СА являются травматическое повреждение, инфекции,

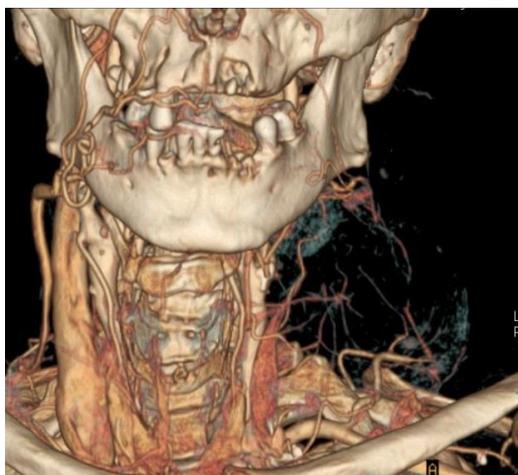


Рис. 5.

Рис. 5. МСКТ мягких тканей шеи, 3D- реконструкция.



Рис. 6.

Рис. 6. МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением, МПР.

Слева в мягких тканях определяется зона неоднородной пониженной (с участками жидкостной) плотности, с неровными нечеткими контурами, размерами до 5,9x4,9x2,5 см.



Рис. 7.

Рис. 7. МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением, аксиальная проекция.



Рис. 8.

Рис. 8. МСКТ мягких тканей шеи с болюсным контрастным усилением, МПР.

В левой внутренней яремной вене, на уровне образования, определяется дефект заполнения, продолжительностью до 3 см.

сифилис, системные поражения соединительной ткани, фибромускулярная дисплазия и предшествующие операции в этой зоне, однако большинство авторов признают атеросклероз наиболее частой причиной развития данного заболевания [2, 4, 5]. Из-за высокого риска развития тромбоэмболических осложнений со стороны головного мозга и угрозы разрыва аневризмы единственным и эффективным методом лечения аневризмы экстракраниального отдела сонных артерий является реконструктивная операция с восстановлением артериального кровотока. В нашем наблюдении представлен редкий случай гигантской аневризмы ОСА и ВСА размерами 8,0 см, отсутствие значимого признака – пульсации, а наличие психоневрологического заболевания в совокупности вызвало определенные трудности диагностики на догоспитальном этапе.

Среди работ, посвященных диагностике объемных образований шеи, в частности воспалительного характера, многие авторы подчеркивают высокую чувствительность ультразвукового метода исследования [6]. И, тем не менее, остаются открытыми вопросы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний и опухолевых образований головы и шеи,

поэтому в случаях затруднения дифференциальной диагностики, а также для уточнения топической диагностики и определения точного соотношения этих изменений с окружающими тканями и сосудисто-нервным пучком прибегают к КТ (МРТ). Так, по данным Vural C. et al (2003), при диагностике абсцессов и флегмон в области шеи точность КТ составляет 93%, чувствительность – 98%, специфичность – 86% [7]. В нашем наблюдении трудности диагностики были обусловлены нехарактерными для воспалительного образования эхографическими признаками (отсутствие капсулы и жидкостного компонента). Использование в диагностическом алгоритме КТ позволило уточнить диагноз и провести своевременное лечение.

Таким образом, сочетание ультразвукового исследования и КТ мягких тканей шеи является ценным методом диагностики объемных образований шеи, в т. ч. гигантской аневризмы сонных артерий, несмотря на нетипичные клиничко-ультразвуковые данные и позволяет провести дифференциальную диагностику с опухолевым и воспалительным характером поражения мягких тканей шеи.

#### Список литературы:

1. Гавриленко А.В., Синявин Г.В. Хирургическое лечение больных с аневризмами сонных артерий. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2012; 1: 15-18.
2. Goldstone J. Aneurysms of the extracranial carotid artery. *Vascular surgery*. Ed. R. B. Rutherford. 6 th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005: 2052–2064.
3. Аракелян В.С., Гамзаев Н.Р., Гидаспов Н.А., Колесников Я.Г., Барыкин Ю.С., Шумилина М.В., Колесник Д.И., Серов Р.А. Аневризма экстракраниального отдела внутренней сонной артерии. Фокус патологической извитости? *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2013; 1: 27-31.
4. Белов А.В., Степаненко А.Б., Кизыма А.Г. Аневризма внутренней сонной артерии. Клиника, хирургическое лечение, результаты. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*.

#### References:

1. Gavrilenko A. V., Siniavin G. V. Surgical treatment of carotid artery aneurism. *Journal Surgery named after N.I. Pirogov*. 2012; 1: 15-18 (in Russian).
2. Goldstone J. Aneurysms of the extracranial carotid artery. *Vascular surgery*. Ed. R. B. Rutherford. 6 th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005: 2052–2064.
3. Arakelyan V.S., Gamzayev N.R., Gidasпов N.A., Kolesnikov Ya.G., Barykin Yu.S., Shumilina M.V., Kolesnik D.I., Serov R.A. Extracranial internal carotid artery aneurysm. A trick of abnormal tortuosity? *Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2013; 1: 27-31. (in Russian).
4. Belov A. V., Stepanenko A. B., Kizyma A. G. Aneurysm of internal carotid artery. Clinical symptoms, surgical treatment, results. *Journal Surgery named after N.I. Pirogov*. 2007; 1: 15-

2007; 1: 15-18.

5. Сухов М. Н., Дроздов А. В., Поляев Ю. А., Гарбузов Р. В., Мосин А. В., Кобяцкий А. В., Лывина И. П., Соборнова А. М., Исаева М. В., Нажимов В. П. Аневризма внутренней сонной артерии. *Детская хирургия*. 2010; 2: 52-53.
6. Вуйцик Н.Б. Современное состояние диагностики воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований головы и шеи. *Вестник российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России*. 2008; 1 (8)
7. Vural C., Gungor A., Comersi S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Am J Otolaryngol*. 2003; 24 (3): 143-148.

18. (in Russian).

5. Sukhov M. N., Drozdov A. V., Polyayev Yu.A., Garbuzov R. V., Mosin A. V., Kobytzky A. V., Lyvina I. P., Sobornova A. M., Isaeva M. V., Nazhimov V. P. Aneurism of extracranial internal carotid artery. *Pediatric Surgery*. 2010; 2: 52-53. (in Russian).
6. Vujtsik N.B. The modern diagnostics of head and neck inflammatory diseases, solid tumors and cystic lesions. *Vestnik of the Russian Scientific Center of Roentgenoradiology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation*. 2008; 1 (8) (in Russian).
7. Vural C., Gungor A., Comersi S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Am J Otolaryngol*. 2003; 24 (3): 143-148.