

ным (73%) проведена дистанционная гамма-терапия. При множественном поражении в зону облучения на 1 этапе включали весь объем мозга. Облучение проводили классическими фракциями по 1,5-2 Гр и средними фракциями по 3 Гр. ежедневно до СОД = 14-40 Гр. При солитарном очаге после облучения всего объема мозга в дозе 30-36 Гр. выполнялось дополнительное локальное облучение до СОД=54-56Гр. Лучевую терапию проводили на фоне кортикостероидных гормонов и дегидратирующих средств. Лучевая терапия в сочетании с химиотерапией у 17 чел (89,5%) и химиогормонотерапия у 7 больных (26,3%).

Объективная оценка эффективности лечения проводилось с использованием МРТ. При МРТ - мониторинге у 7 больных (27%) была зарегистрирована частичная репарация метастатического очага, у 13 больных (50%) — стабилизация и у 6 больных (23%) — прогрессирование метастатического процесса.

При метастазах в головной мозг показано проведение паллиативного лечения, так как оно купирует неврологические симптомы, улучшает состояние больных и продлевает им жизнь. По данным разных авторов при частичной регрессии и стабилизации процесса продолжительность жизни составляет 7 – 9 и даже 12 месяцев. В нашем исследовании продолжительность жизни больных с метастазами в головной мозг

при раке молочной железы составила медиана 9,3 мес. При сочетании поражения головного мозга с метастазами в костную систему, легкие, печень — медиана продолжительности жизни составила 5,4мес. Средняя продолжительность жизни в группе больных, получавших специфическую терапию, составила медиана 11,7 месяцев, а в группе не получавших лечение — медиана 1,9 месяца.

Выводы:

1. КТ и МРТ существенно расширили диагностические возможности и стали основными при проведении уточняющей диагностики метастазов головного мозга

2. Ранняя МРТ диагностика позволяет своевременно подключить специфическую терапию для лечения интракраниальных метастазов рака молочной железы.

3. Комплексное применение лучевой терапии, химио- и гормонотерапии при лечении метастатического поражения головного мозга существенно улучшают непосредственные результаты лечения, увеличивают продолжительность жизни и ремиссии у больных раком молочной железы.

4. МР-томография позволяет объективно оценить эффективность проводимого лечения и проводить своевременную коррекцию комплексного лечения интракраниальных метастазов.

Возможности компьютерной томографии с болюсным контрастированием в диагностике рака толстой кишки и ее осложнений.

М.С. ГАФУРОВ, М.Г. ТУХБАТУЛЛИН

Отдел лучевой диагностики Республиканской клинической больницы №2, Казань

Введение

В последние десятилетия во многих странах, в том числе и в России, происходит рост заболеваемости раком толстой кишки (РТК). Прогноз результатов лечения одного из наиболее распространенных злокачественных новообразований — рака толстого кишечника — определяют раннее выявление и своевременно начатая терапия. На выбор методик лечения влияет клиническая стадия процесса, в основе которой лежат глубина опухолевой инвазии стенки и наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы. Компьютерная томография позволяет расшифровать стадию заболевания в принятых в Международных классификацией символах. Однако точность дооперационного стадирования остается еще относительно невысокой, что делает актуальными исследования по поиску оптимальных диагностических алгоритмов, тщательному изучению рентгеновской симптоматики, повышающей качество врачебных заключений.

Цель настоящей работы было изучение возможностей компьютерной томографии (КТ) с болюсным контрастированием в диагностике рака толстой кишки и оценке его распространенности в сосуды забрюшинного пространства на дооперационном этапе.

Материал и методы

В период с 2004-2005 г. на базе РКБ №2 МЗ РТ обследовано 23 пациентов в возрасте от 60 до 80 лет с раком толстой кишки различной локализации (в прямой, сигмовидной, нисходящей и поперечно-ободочной).

Исследования проводились на рентгеновском компьютерном томографе Somatom Emotion фирмы Siemens. КТ ободочной кишки проводилось в условиях дробного перорального приема 9 мл 76 % раствора урографина, растворенного в 600 мл жидкости, за 60 мин. до исследования. В толстый кишечник вводился газ от 500 до 1500 мл, в зависимости от локализации опухоли. Введение контрастного вещества проводилось автоматическим болюсным шприцом на 30-40 секунду от начала сканирования.

Результаты и обсуждение

При РКТ исследовании стенка толстой кишки визуализируется как однородная, эластичная гиперденсивная линейная

структура с четкими, ровными контурами. Слои стенки толстой кишки не визуализируются. Стенка толстой кишки при адекватном ее расправлении имеет толщину 0,2 см. При преимущественно диффузном внутривентриально растущем раке кишки отмечается утолщение стенки кишки с неравномерным, достаточно частым циркулярным сужением просвета соответствующего ее участка, ригидностью стенки и неровными внутренними контурами. При экзофитном характере роста опухоли внутри просвета кишки определяется дополнительное мягкотканное образование с неровными бугристыми контурами, широко прилежащее к стенке кишки. Один из основных симптомов стадии Т3 является прорастание опухоли в параректальную клетчатку, диагностируемое на основании различной степени выраженности симптома «тяжести» или «узловатого образования» в параректальной клетчатке по наружному контуру кишки в зоне поражения, размытости наружного контура в зоне прорастания. Распространение на смежные органы и висцеральную брюшину (стадия Т4) диагностировалось на основании симптомов «узловатых образований» по наружному контуру кишки в зоне опухолевого поражения, выраженной инфильтрации параректальной клетчатки, инфильтрации брыжейки кишки, наличия объемного образования в смежных органах. Изучение васкуляризации рака толстой кишки и окружающих органов и тканей проводилось с помощью внутривенного болюсного контрастирования, что позволяет улучшить результаты диагностики распространения рака толстой кишки.

Обращает на себя внимание близкое расположение правой наружной подвздошной артерии к ректосигмоидному отделу толстого кишечника (наиболее частая зона поражения раком).

У всех пациентов выявлен преимущественно внутривентриальный рост рака толстой кишки, у 6-ти пациентов определяется распространение раковой инфильтрации на окружающую клетчатку. Внутривентриальная васкуляризация при поражении раковой инфильтрацией дифференцируется в виде сетчатой структуры. В артериальную фазу контрастирования исследование позволяет исключить распространение раковой инфильтрации на хирургически значимые структуры.

Точность КТ в оценке распространенности РТК, по данным разных авторов, составляет 79%, чувствительность — 74%, специфичность — 92%. Мы пока не располагаем достаточным количеством наблюдений для подобных обобщений, данная проблема требует дальнейшей разработки.

В соответствии с результатами исследования в большинстве случаев была осуществлена коррекция лечения, что способствовало повышению его эффективности.

Заключение

Результаты морфологической верификации данных КТ с болюсным контрастированием свидетельствуют о том, что метод обладает достаточно высокими показателями диагностической эффективности в уточнение стадии Т. В частности, КТ наиболее эффективна при местно-распространен-

ных опухолях толстой кишки, осложненных стенозом органа. Следует отметить преимущество КТ перед другими методами обследования больных, связанное с ее возможностью выявлять осложнения опухолевого процесса. КТ помогает диагностировать редкие, но имеющие место внутритазовые и околотазовые абсцессы вследствие перфорации опухоли. Улучшает диагностику поражения хирургически значимых сосудов.

Опыт клинического применения КТ при раке толстой кишки позволяет сделать выводы о высокой ее информативности в оценке распространенности опухолевого процесса, а также выявления ближайших и отдаленных метастазов и рекомендовать КТ в комплексе с другими методами исследования для выбора оптимальной тактики лечения.

Диагностика и лечение аденом щитовидной железы

ХАМИДУЛЛИН Р.Г., ЧЕРНЫШЕВ В.А., ЗИНЧЕНКО С.В.
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Одной из проблем эндокринной хирургии являются вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения доброкачественных опухолей ЩЖ — аденом из фолликулярных клеток, которые нередко скрываются по «маске» узлового зоба. Фолликулярная аденома (ФА) — доброкачественная инкапсулированная опухоль ЩЖ, возникающая из А- и В-клеток ЩЖ. Парафолликулярные или С-клетки не участвуют в формировании аденом ЩЖ, а являются источником С-клеточных аденокарцином и медуллярного рака. По отношению ко всем узловым образованиям ЩЖ ФА встречаются в соотношении 1:10.

Выделяют следующие гистологические типы ФА ЩЖ (МКБ-10, ВОЗ, 1995): фолликулярная аденома, микрофолликулярная аденома, макрофолликулярная аденома. Многие морфологи различают следующие варианты ФА: трабекулярная (эмбриональная) аденома, микрофолликулярная (фетальная) аденома, коллоидная (простая) аденома, онкоцитарная (В-клеточная) аденома, аденома с папиллярной гиперплазией, гиперфункционирующая («токсическая») аденома, атипичная (гиперцеллюлярная) аденома.

Как правило, ФА имеет тенденцию к медленному росту внутри капсулы в течении многих лет. Со временем развивается фиброзная капсула и аденома становится более плотной по сравнению с тканью железы. В редких случаях возникшее в опухолевом узле спонтанное кровоизлияние может вызвать увеличение размеров узла, местную болезненность и напряжение. Клинически весьма сложно отличить аденому ЩЖ от других узловых образований. В типичных случаях аденома пальпируется как округлое подвижное солитарное образование. Фиксация узла к мышцам шеи или трахее нередко свидетельствует о малигнизации аденомы.

УЗИ ФА характеризуется наличием узлового образования округлой или овальной формы с четкими контурами, умеренно гипозоногенной структуры. Мнения авторов о наличии гипозоногенного венчика при ФА ЩЖ различны, ряд исследователей отмечают схожую ультразвуковую картину при раке ЩЖ и ФА.

Одним из важнейших методов в дооперационной диагностике ФА является тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ). ТАБ с ультразвуковым наведением существенно повышает диагностические возможности этого метода при узловых образованиях ЩЖ.

Основным методом морфологической верификации ФА является интраоперационное гистологическое исследование. В тоже время установление диагноза по результатам срочного гистологического исследования достаточно трудно в связи невозможностью оценить капсулярную или сосудистую инвазию, как один из признаков злокачественного ро-

ста. Поэтому, до сих пор «золотым стандартом» диагностики ФА ЩЖ является плановое гистологическое исследование, но оно, к сожалению, отсрочено по времени.

По мнению большинства исследователей, стандартной операцией при ФА ЩЖ является гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по онкологическим принципам, т.к. среди всех фолликулярных опухолей при плановом гистологическом исследовании в 20% случаев выявляется фолликулярный рак.

Задачей нашего исследования было выявить частоту малигнизации ФА ЩЖ и их сочетание с микрокарциномой, т.е. РЩЖ менее 1 см.

За 4,5 года работы отделения диагностики и хирургии оперировано 778 больных с доброкачественной узловой патологией ЩЖ и в том числе 165 (21,2%) больных аденомами ЩЖ. Мужчин было 10 (6%) и 155 женщин (94%), соотношение мужчин : женщин составило 1:15,5. Возраст пациентов колебался от 15 до 75 лет, 90 больных (54,5%) была в возрасте от 40 до 50 лет. Справа аденома обнаружена у 69 больных, слева — у 68. У 21 больного была аденома выявлена в обеих долях ЩЖ, а у 7 — в перешейке. У 54 пациентов выявлена сопутствующая узловатая патология ЩЖ: у 38 узловой зоб, у 16 — узловатая форма АИТ.

Размер опухоли был следующим: до 3х см — у 78, до 5см у 69, свыше 5см у 18 пациентов. У 8 пациентов размер аденом достигал 8 см, причем они локализовались загрудинно.

При плановом гистологическом исследовании у 4 больных диагностирована В-клеточная (онкоцитарная) аденома, у 3 трабекулярная аденома, у 8 — атипичная аденома, у 142 — фолликулярная аденома. У 8 больных (4,8%) обнаружены признаки озлокачествления фолликулярной опухоли, т.е. участки врастания в капсулу и инвазия сосудов капсулы (высокодифференцированный фолликулярный рак).

У больных с малигнизированными ФА размер опухоли варьировал от 2 см до 7см и в среднем составил 3,6 см. ФА локализовалась у 4 в правой доле и у 4 в левой доле ЩЖ. Женщин было 7, мужчин 1. У последнего ФА достигала 7см и на половину располагалась за грудиной.

Основной операцией по поводу ФА была гемитиреоидэктомия (ГТЭ), которая выполнена у 102 больных (61,8%). ГТЭ с резекцией противоположной доли — у 14, резекция доли — у 7, резекция перешейка — у 7, субтотальная тиреоидэктомия — у 23, тиреоидэктомия — у 3 пациентов. Последние два вида операций выполнялись у больных с двухсторонней локализацией опухолей или при сочетании с многоузловым зобом.

Всем больным до операции выполняли ТАБ узловых образований ЩЖ под контролем УЗИ, интраоперационно