

АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*М.М. Яхин, Р.Ф. Акберов, И.М. Михайлов, О.Ю. Дмитриев,
Н.Н. Яруллин, Э.Ш. Нуриев*

Кафедра лучевой диагностики (зав. - проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Республиканская клиническая больница № 2 (главврач - канд.мед.наук Р.З. Абашев) МЗ РТ, Межрегиональный клинический диагностический центр (главврач - Р. И. Тушиев), г. Казань

Частота рака поджелудочной железы (ПЖ), по данным ВОЗ, составляет 10 человек на 100 тысяч населения, а в России в 1997 г., по данным МНИОИ им. П.А. Герцена (по стандартизированным показателям), — 8,7 случая (3% от всех злокачественных новообразований). Низкий процент операбельности рака ПЖ (не более 10%) связан прежде всего с наличием у пациентов распространенного характера процесса на момент операции [3, 10]. Одной из причин поздней диагностики рака ПЖ является отсутствие патогномоничных симптомов [6, 14].

Забрюшинное пространство — также труднодоступная для обычного исследования область, заболевания которой отличаются малой специфичностью. Новообразования этой области составляют 6—8% в структуре опухолей всех локализаций, у детей этот показатель достигает 30%. Неорганные опухоли забрюшинного пространства (НОЗП) варьируют от 0,03 до 0,3% от числа всех новообразований [5]. Большинство НОЗП имеют сходные компьютерно-томографические (КТ) изображения и значения плотности [4, 6].

Частота опухолей почек колеблется от 1 до 3% от числа всех новообразований [7], метастазы при них выявляются у 57,5% больных [9]. Двусторонние опухоли Вильмса определяются у 5—7% детей. Около 50% детей с этими опухолями к моменту установления диагноза могут иметь метастазы. Поэтому ранняя диагностика опухолей почек у взрослых и детей является весьма актуальной проблемой.

Опухоли надпочечников встречаются редко. Наиболее информативна в их диагностике рентгеновская компьютерная томография (РКТ), однако, как указывают большинство исследователей [6, 8, 13] позволяет установить лишь наличие патологического образования, но не его природу.

Диагностика и лечение острого пан-

креатита и его осложнений связаны с определенными трудностями, частота этого заболевания неуклонно растет [2], а летальность при деструктивной форме варьирует от 15 до 20—80% [11, 12]. Как известно, “головчатый” панкреатит довольно часто симулирует картину рака и только благодаря спиральной компьютерно-томографической ангиографии (СКТ-ангиография), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) можно поставить правильный диагноз. Несмотря на широкое внедрение современных методов лучевой диагностики (УЗИ, УЗИ с ЦДК, новые технологии УЗИ, РКТ, СКТ, МРТ), поиски путей ранней диагностики опухолей забрюшинного пространства, заболеваний и опухолей ПЖ по-прежнему актуальны.

Целью настоящего исследования являлась разработка алгоритма комплексной лучевой диагностики опухолей забрюшинного пространства, особенно у больных с механической желтухой [1].

Приводим разработанный нами алгоритм диагностики данных новообразований.

1. При наличии бессимптомной гематурии у взрослых, болевого синдрома неясного генеза, пальпируемого образования у детей и взрослых мы производим ультразвуковой мониторинг с исследованием гепатобилиарной системы, ПЖ, мочевого тракта (почек, мочеточников, мочевого пузыря, простаты). При выявлении образования почки более 2 см проводим УЗИ с ЦДК энергодопплером, а в случае обнаружения гипervasкулярного образования почки для установления стадии опухоли — стандартную РКТ с пероральным и внутривенным контрастированием. Для планирования операции необходима аортография. При определении аваскулярного образования почки (псевдоопухоли почек) выполняем внутривенную урографию и тонкоигольную биопсию под

контролем УЗИ, а при отрицательных данных биопсии - УЗИ через каждые 3 месяца, а затем при отсутствии отрицательной динамики - 1—2 раза в год.

2. При наличии желудочной диспепсии в сочетании с болевым синдромом верхней половины живота мы проводим УЗИ гепатобилиарной системы, ПЖ, мочевого тракта, желудка с использованием контрастной среды. В случае выявления признаков стеноза пилорoduodenальной зоны, патологии ПЖ используем РКТ ПЖ в сочетании с беззондовой релаксационной дуоденографией, внутривенным усилением КТ-изображения и при возможности - СКТ-ангиографию с болюсным контрастированием. Для дифференциации хронического "головчатого" панкреатита, опухоли ПЖ, формы хронического панкреатита (протоковая, паренхиматозная) и выбора рациональной хирургической коррекции выполняем ЭРХПГ, которая позволяет установить локализацию, размеры, стадию опухоли ПЖ, наличие прорастания в желудок, ободочную кишку и определить показания к соответствующей хирургической коррекции, симптоматической терапии или химиотерапии. В неясных случаях применяем тонкоигольную биопсию.

3. При наличии синдрома механической желтухи используем УЗИ гепатобилиарной системы, ПЖ, мочевого тракта. В целях установления внутрипеченочной или подпеченочной природы механической желтухи (обструкция внепеченочных желчных протоков опухолями, камнями, стенозами, опухолью большого дуоденального сосочка, прорастание или сдавление холедоха опухолью головки ПЖ, дифференциации "головчатым" панкреатитом, папиллостенозами, увеличенными лимфоузлами ворот печени) необходимо проведение нативной РКТ с релаксационной дуоденографией, ЭРХПГ, РКТ с болюсным контрастированием, при возможности - МРТ, холангиохолецистопанкреатографии.

4. В диагностике опухолей ворот печени, осложненных механической желтухой, обязательны комбинированное использование УЗИ, ЭРХПГ, чрескожной чреспеченочной холангиохолецистографии (ЧСПХГ), РКТ с внутривенным контрастированием, лапароскопия с биопсией.

5. В диагностике НОЗП выполняем УЗИ в режиме серой шкалы, УЗИ с ЦДК, РКТ (нативная с пероральным

или внутривенным контрастированием с реформацией изображения и построением трехмерного изображения) с определением размеров, экоструктуры, модулярности, локализации опухоли с учетом зон, предложенных Г.Г. Кармазановским [6], а также тонкоигольную биопсию для морфологической верификации.

6. При наличии признаков парциального или тотального гиперкортицизма, приступов гипертонии с характерными пароксизмами, преждевременного полового созревания, ожирения неясного генеза показана РКТ надпочечников (нативная, с пероральным и внутривенным контрастированием), биопсия под контролем УЗИ, РКТ.

Нами проанализированы данные комплексного лучевого исследования 1874 больных за период с 1998 по 2002 г. с использованием указанного выше алгоритма лучевой диагностики опухолей ПЖ, почек, надпочечников, НОЗП, заболеваний ПЖ. УЗИ по стандартной программе проведено в 2500 наблюдениях, УЗИ с ЦДК - 607 больным, РКТ исследование по стандартной методике (нативная КТ - 576 больным) с пероральным и внутривенным контрастированием - 1854, СКТ с болюсным контрастированием - 200, ЭРХПГ - 167, тонкоигольная биопсия под контролем УЗИ или РКТ - 193. НОЗП были у 27, ПЖ различной локализации - у 70, опухоли почек - у 96, надпочечников - у 69, острый панкреатит - у 187, хронический панкреатит - у 117.

Использование предложенного нами алгоритма комплексной лучевой диагностики позволило выявить органические и неорганические опухоли брюшинного пространства, установить стадию процесса в 98% случаев. Сравнение результатов комплексной лучевой диагностики с результатами хирургического лечения, цитогистологического и патологоанатомического исследований дало возможность оценить разрешающую способность УЗИ, УЗИ с ЦДК, РКТ, СКТ с болюсным контрастированием в диагностике опухолей брюшинного пространства, острого панкреатита и его осложнений, разработать дифференциально-диагностические критерии внутрипеченочной, внепеченочной механической желтухи, хронического "головчатого" туморозного панкреатита, опухолей пилорoduodenальной зоны. Наиболее информативной в диагностике опухолей брюшинного простран-

ства оказалась РКТ, однако поставить морфологический диагноз (нозологическое поражение) возможно в большинстве случаев лишь благодаря тонкоигольной биопсии под контролем УЗИ или РКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акберов Р.Ф., Михайлов М.К., Дмитриев О.Ю. Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда рентгенологов-радиологов - Челябинск—М., 2001. - С. 119.
2. Араблинский А.В., Черняков Р.М. и др. //Мед. визуализация. - 2000.—№ 1.— С. 2—14.
3. Брехов Е.И., Калинин В.В. //Кремль. мед. Клин. вестн. - 2000. - №2. - С. 37—42.
4. Габуния Р.К., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. - М., 1995.
5. Даниэль-Бек К.В., Шафир К.И. Забрюшинные опухоли. - М., 1976.
6. Кармазановский Г.Г. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства. - М., 2001.
7. Мамцева В. Лучевая диагностика опухолей надпочечников: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1997.
8. Маринбах Е.Б. Опухоли яичка и его придатков. - М., 1972.
9. Мякинков В.Б., Панченко Д.И., Колдянская П.В. //Радиология. - М., 2001.

10. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. и др. // Современная онкология.— 2000.— № 1.— С. 12—15.

11. Савельев В.С., Филимонов М.И. и др. //Абдоминал. хир. - 2000. - Т. 3. - С. 273—279.

12. Allardyce D.B. //Am. J. Surg. - 1987. - Vol. 154. - P. 295—297.

13. Baert A., Ponette E., Pringo A. //Radiology. - 1977. - Vol. 17.— P. 181—188.

14. Semelka R.C., Cumming M.T., Magro C.M. et al. // Radiology. - 1993. - Vol. 186. - P. 799—802.

Поступила 20.09.02.

ALGORITHM OF COMPLEX DIAGNOSIS OF TUMORS OF RETROPERITONEAL SPACE

M.M. Yakhin, R.F. Akberov, I.M. Mikhailov,
O.Yu. Dmitriev, N.N. Yarullin, Z.Sh. Nuriev

S u m m a r y

On the basis of complex radiation examination of 1847 patients using ultrasound examination (in 2500 observations), 607 patients using ultrasound examination 1854 patients using computer tomography, 167 patients using cholangiopancreatography, 167 patients using thin needle biopsy with ultrasound examination or computer tomography, the algorithm of complex radiation diagnosis of tumors of retroperitoneal space is developed which significantly decreased radiation load on patients, increased the informativity of diagnosis of tumors of retroperitoneal space.

УДК 616.345 + 616.351] - 006.6 - 073.432.19

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

И.П. Родионова

Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение "Городской онкологический диспансер"
(главрач - канд. мед. наук М.Н. Садыков), г. Казань

Диагностика и лечение больных колоректальным раком (КРР) относится к числу приоритетных проблем онкологии. На фоне роста заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований КРР занимает второе место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин в промышленно развитых странах Европы. В России структура злокачественных новообразований незначительно отличается, и КРР занимает четвертое место (11%) после рака легкого (20%), молочной железы (18%) и желудка (13%). За последние 10 лет в России смертность от КРР возросла на 50—60%. Наиболее часто он выявляется у лиц старше 50 лет с постепенным снижением заболеваемости в группах населения в возрасте старше 75 лет. Однако, несмотря на довольно отчетливое увеличение частоты КРР

в старших возрастных группах, это заболевание все чаще диагностируют в молодом возрасте, особенно его семейные и наследственные формы.

Таким образом, проблема КРР приобрела в настоящее время важное социальное значение. В результате поздней диагностики, неадекватных методов лечения КРР пятилетняя выживаемость таких больных в России составляет только 13% [1].

В ходе онкогенеза рака различных органов определенным этапом развития является появление метастазов в печени, которые приводят к значительному ухудшению отдаленных результатов выживаемости больных этой категории. От 20 до 50% больных КРР при первичном обращении имеют метастазы в печень [1]. Средняя продолжительность жизни у больных этой группы составля-