

фильтрации стромы оказалась сложным образом связанной с гематогенным метастазированием ($\chi^2=17,04$; $p=0,001$). Отсутствие гематогенных метастазов регистрировалось как при едва выраженной воспалительной инфильтрации стромы (в 48 из 48 случаев), так и при крайней степени ее выраженности (в 9 случаях из 10). Зависимость отдаленного метастазирования от выраженности фиброза стромы первичного

опухолевого узла отсутствовала ($\chi^2 = 5,8$; $p = 0,211$).

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость дальнейшего подробного изучения значения качественного состава воспалительного инфильтрата для гематогенного метастазирования с целью выявления возможной прогностической значимости этих параметров.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭТАП КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ, НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.С. Захаров, Е.А. Шеметов, В.С. Васильев

*Челябинский областной онкологический диспансер;
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»,
г. Челябинск*

Актуальность. Лечение злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух остается одной из наиболее сложных проблем клинической онкологии. В настоящее время наиболее оптимальным методом лечения злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух считается комбинированный метод, который включает в себя оперативное лечение, лучевую или химиотерапию в различных сочетаниях. Применяемые методы позволяют добиться относительно хороших результатов при начальных стадиях опухолевого процесса, поэтому проблема лечения местнораспространенных форм злокачественных новообразований остается сложной и далеко не решенной проблемой.

Результаты. В отделении патологии головы и шеи Челябинского областного онкологического центра осенью 2006 г. находился на лечении пациент М. с распространенной саркомой полости носа и околоносовых пазух. На первом этапе комбинированного лечения больному было выполнено оперативное вмешательство в объеме этмоидотомии, вскрытия основной и лобных пазух, удаления носовой перегородки, ревизии верхнечелюстных пазух с последую-

щим удалением патологического содержимого. После удаления опухоли, не транспортируя больного из операционной, проведена ИОЛТ на малогабаритном аппарате Бетатрон МБ-10Э, созданном в НИИ интраскопии при Томском политехническом университете и установленном непосредственно в операционной. Стандартный коллиматор, диаметром 50 мм, введен в операционную полость, включающую в себя лобные и основную пазухи, полость носа, носоглотку, подведен к ложу удаленной опухоли. С целью повышения конгруэнтности дно ложа удаленной опухоли «выровнено» марлевыми салфетками, смоченными 0,9 % раствором NaCl. Однократно была подведена доза 12,35 Гр, что составило 30 Гр по изозффекту. Оперативное вмешательство заканчивалось тампонированием (дренированием) послеоперационной полости (включая верхнечелюстные пазухи) с йодоформенным тампоном сроком на 5–9 дней и послойным ушиванием раны с особым акцентом на точках пересечения линий разрезов кожи и подлежащих тканей. Осложнений и побочных эффектов от проведенной интраоперационной лучевой терапии во время лечения и в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы. Применение ИОЛТ в составе комбинированного лечения открывает новые перспективы и возможности в лечении злокачественных опухолей полости носа, околоно-

совых пазух и носоглотки. Данное наблюдение не позволяет сделать полноценных выводов. Исследования продолжаются.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЁЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. Зотова, Е.С. Павленко, Д.А. Важенина

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Офтальмоонкологический центр Челябинского областного онкологического диспансера, г. Челябинск

Актуальность. Среди всех орбитальных опухолей по частоте встречаемости опухоли слёзной железы занимают третье место, составляя от 5 до 12 %. При злокачественных новообразованиях слёзной железы прогноз крайне неблагоприятен (часто наблюдаются рецидивы, прорастание в соседние структуры, гематогенное метастазирование в отдалённые органы). В связи с этим своевременная диагностика злокачественных новообразований слёзной железы является одной из актуальных проблем офтальмоонкологии. Важное место при этом занимают методы лучевой диагностики, такие как комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ).

Цель исследования. Уточнение основных ультразвуковых и компьютерно-томографических признаков злокачественных новообразований слёзной железы.

Материал и методы. За период 2001–2006 гг. под наблюдением находилось 27 пациентов с первичными злокачественными опухолями орбиты. Диагноз злокачественного поражения слёзной железы был выставлен 8 пациентам (29,62 %), из них мужчин – 3, женщин – 5, от 21 до 81 года (средний возраст 48 лет), гистологически: аденокистозный рак – у 5 (62,5 %) пациентов, аденокарцинома слёзной железы – у 2 (25 %) пациентов, рак в плеоморфной аденоме – у 1 (12,5 %) пациента. Всем пациентам проводилось УЗИ орбит (серошкальное сканирование, доплеровское картирование, импульсно-волновая доплерография) на аппаратах «Aloka SSD-

630», «Aloka SSD-2000» и «Hitachi EUB-6500». При этом оценивались следующие параметры: локализация и форма образования, его размеры, чёткость и ровность контуров, эхогенность (гиперэхогенное, изоэхогенное, гипоехогенное или анэхогенное), структура (однородная или неоднородная), наличие капсулы, состояние внутриопухолевого кровотока в режимах цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергетической доплерографии (ЭД): не определяется (аваскулярная) или определяется (степень васкуляризации низкая, умеренная или высокая), при наличии внутриопухолевого кровотока: систолическая скорость (V_{syst}) (кровоток низко-, средне- или высокоскоростной) и индекс резистентности (RI) (кровоток низко-, средне- или высокорезистивный). Дополнительное обследование проведено 7 пациентам: КТ орбит с контрастированием (урографин, омнипаком, ультравистом) на спиральном томографе Tomoscan-SR 5000 (Philips) с толщиной скана 1,5–3 мм и шагом томографа 2–3 мм. На полученных томограммах определяли локализацию образования, его форму, размеры, чёткость и ровность контуров, структуру (однородная или неоднородная), плотность образования (тканная или мягкотканная), плотность образования после контрастного усиления, наличие распространения в окружающие структуры.

Информативность лучевых методов диагностики оценивалась на основе определения чувствительности (Ч), специфичности (С) и точности (Т) этих методов, рассчитанных по