

большинстве случаев (50%) метастазы обнаруживались в позвоночнике, преимущественно в нижне-грудных позвонках (35%), несколько реже в костях черепа (7,5%), крупных трубчатых костях (2,5%) и ребрах (1,1%). Отмечено, что рак легкого дает преимущественно остеолитические метастазы (65%), которые были характерны для мелкоклеточных и базально-клеточных опухолей. При железистых и плоскоклеточных формах рака деструктивные процессы в костях были менее выражены.

Выводы. При анализе особенностей метастазирования рака легкого выявлено, что наиболее

часто наблюдались метастазы в лимфатические узлы грудной полости (49%), несколько реже в печень (20%) и кости скелета (15,2%). Метастазы рака легкого в кости зачастую остаются нераспознанными из-за отсутствия клинической симптоматики. В большинстве случаев они являлись остеолитическими, что определялось преобладанием низкодифференцированных форм первичной опухоли. В быстро растущих метастатических опухолях, обладающих остеогенными потенциями, костеобразование (в особенности реактивное) практически отсутствовало.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Н.Ю. ФОМИНА, П.В. НОВИКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Одним из критериев распространенности опухолевого процесса при злокачественных опухолях гортани и гортаноглотки является состояние регионарных зон лимфооттока. Регионарными для гортани и гортаноглотки являются цервикальные лимфатические узлы, среди которых наибольшее клиническое значение имеет состояние яремных (югулярных) узлов.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при злокачественных опухолях гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. Проведено комплексное ультразвуковое исследование 65 пациентов со злокачественными опухолями гортани и гортаноглотки. Все пациенты были обследованы на ультразвуковом аппарате «Aloka SSD 5500» с использованием линейного датчика частотой 10 МГц в режиме серошкального сканирования (В-режим) и цветового доплеровского картирования (ЦДК). Мы подразделяли лимфатические узлы в соответствии с классификацией Японского научно-исследовательского общества, в основу которой была положена топографическая анатомия шеи, а также классификацией Американского объединенного комитета по изучению

злокачественных опухолей и Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи (2001).

Результаты. При анализе сонографических признаков измененных лимфатических узлов выявлено, что независимо от характера поражения и метастатические, и гиперплазированные лимфоузлы в наших исследованиях, как правило, имели именно небольшие размеры – 10–20 мм, что затрудняло их интерпретацию при стандартном исследовании. Анализируя такие семиотические признаки, как форма, контуры, структура, эхогенность, степень дифференцировки коркового вещества и синуса, состояние капсулы установлено, что метастатическому поражению узла была свойственна округлая форма, при которой отношение длинной и короткой оси приближалось к 1,0. Структура лимфатических узлов в 67% случаев была однородной, эхогенность пониженной или низкой в 92% случаев, гиперэхогенная центральная часть полностью отсутствовала либо отмечалось ее резкое истончение, что было обусловлено диффузным замещением лимфоидной ткани на опухолевую. В большинстве случаев отсутствовала дифференцировка коркового вещества и синуса.

Анализ ультразвуковых данных, полученных при доплерографии, показал, что в 79% в метастатических лимфатических узлах, которые не содержали некротические массы, отмечалось диффузное повышение васкуляризации с атипичным сосудистым рисунком. В 81% наблюдений кровотоков регистрировался в виде фрагментов хаотично направленных сосудов или точечных сигналов. Распределение сосудов в структуре лимфатического узла в 76% наблюдений было неравномерным, наблюдалась тенденция к увеличению их количества в периферических отделах.

По частоте вовлечения в патологический процесс на первом месте стояли глубокие яремные лимфатические узлы ПА-В, III и IV (72% случаев). Реже выявлялось увеличение

латеральных глубоких лимфатических узлов VA, VB (27,9%). Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было диагностировано в 86,3% случаев, лимфоидная гиперплазия в 13,7%. При этом в 20% при сонографии были выявлены метастатически измененные лимфатические узлы, которые клинически не определялись.

Выводы. Комплексное ультразвуковое исследование, включающее стандартную сонографию и доплерографию, является высокоинформативным методом диагностики лимфогенного метастазирования при злокачественных опухолях гортани, гортаноглотки. Чувствительность метода составила 93,6%, специфичность 82,6%, точность 92,3%.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ПЕЧЕНОЧНЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

С.А. ФУРСОВ, А.В. ВАНХАЛЬСКИЙ

ОГУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер»

Актуальность. За последнее время метод радиочастотной термоабляции (теплового разрушения) прочно занял одну из лидирующих позиций среди малоинвазивных технологий локального воздействия на опухолевую ткань. Это связано как с доступностью метода, так и с реальным клиническим эффектом, доказанным для категории больных с печеночными метастазами колоректального рака.

Цель исследования – оценить результаты собственных наблюдений применения метода РЧА при печеночных метастазах колоректального рака.

Материал и методы. В хирургическом отделении ОГУЗ «Новосибирский онкологический диспансер» с 2004 по 2007 г. выполнено 22 радиочастотные абляции (РЧА) печеночных метастазов колоректального рака. Предоперационная диагностика традиционно включала обязательное выполнение ультразвукового сканирования и компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастным усилением. Показаниями к проведению РЧА являлись размеры метастазов от 1 до 5 см,

общим количеством очагов не более четырех, при условии удаленного первичного поражения и отсутствие внепеченочных проявлений болезни. В двух случаях РЧА выполнялась одновременно с вмешательством на первичном очаге (передняя резекция прямой кишки). РЧА выполнялась в условиях операционной, доступ осуществлялся посредством верхнесрединной лапаротомии. Верификацию диагноза проводили путем пункционной биопсии метастазов со срочным цитологическим исследованием. Абляция выполнялась при помощи аппарата Cool-Tip Radionics, длина рабочей части активного электрода 2-3 см в зависимости от размеров метастаза, для метастазов размером 3-5 см использовался трехигольчатый кластер. Визуализация расположения электрода осуществлялась при помощи УЗИ. Критерием эффективности воздействия на метастаз служила температура, измеренная в центре очага после проведения абляции (не менее 70°C).

Результаты. Послеоперационных осложнений и летальности в нашей группе пациентов не было. У всех пациентов отмечалось умеренное