

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ

Л.Г. КОЖАНОВ, А.Л. ЮДИН, О.А. КУШХОВ

*Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва,
ГОУ ВПО РГМУ, г. Москва*

Цель исследования – улучшение эффективности диагностики и лечения при раке гортани.

Материал и методы. Наш опыт основан на применении мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии у 96 больных раком гортани, которые получили комбинированное, комплексное и хирургическое лечение на базе отделения опухолей головы и шеи Онкологического клинического диспансера № 1 с 2004 по 2009 г. Основной контингент составили мужчины, их было – 93 (96,8 %), женщин – 3 (3,2 %). Всем пациентам было проведено комплексное клиническое обследование. В обязательном порядке назначалась мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Исследование проводилось на томографе NXi AAA (General Electric).

Результаты. На основании дополнительных данных мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии у 36 (37,5 %) больных изменен план лечения. Из них 29 (30,2 %) изменен объем оперативного вмешательства и 7 (6,3 %) изменен метод лечения. У 29 больных, которым на основании дополнительных данных МСКТ изменен объем оперативного вмеша-

тельства, выполнены следующие операции: расширены границы резекций органа у 7 больных; вместо планируемой резекции, выполнена ларингэктомия у 8 больных. Также только на основании данных МСКТ из-за подслизистого распространения опухоли на гортаноглотку у 9 человек выполнена операция ларингэктомия с резекцией гортаноглотки, переход опухоли на ротоглотку и пищевод потребовал увеличения объема операции у 3 пациентов до ларингэктомии с резекцией ротогортаноглотки и шейного отдела пищевода, а поражение верхних отделов трахеи у 2 больных с резекцией максимально верхних отделов трахеи (6–7 колец трахеи). У 7 человек на основании дополнительных данных МСКТ исследования изменен метод лечения, им проведена полихимиотерапия или ПХТ + лучевая терапия. Отказ от хирургического лечения был вызван обширным распространением опухолевого процесса и его нерезектабельностью на данном этапе.

Выводы. МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием является информативным методом диагностики рака гортани при планировании объема оперативного вмешательства и тактики лечения этой группы больных.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

О.Л. КОРОЛЕВА, С.В. КОЗЛОВ, Д.Г. КОРОЛЕВ, Е.М. СУХИНИНА

ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одним из способов локальной деструкции опухолей легких у больных,

которым хирургическое лечение по разным причинам не показано, является радиочастотная

термоабляция (РЧА). Динамический контроль за эффективностью лечения, как правило, осуществляется с помощью рентгеновской компьютерной томографии (РКТ). Крайне важными являются вопросы интерпретации изменений в опухоли по данным РКТ, так как от правильной трактовки этих изменений напрямую зависят результаты лечения больных и дальнейшая тактика лечения.

Цель исследования: определить характерные РКТ признаки изменений, произошедших в опухолевой ткани непосредственно после проведения радиочастотной термоабляции, а также изменения, происходящие в зоне термического воздействия с течением времени и КТ признаки рецидива заболевания.

Материал и методы. В период с 2008 по 2010 г. в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере радиочастотная термоабляция опухолей легких была выполнена 73 больным по поводу первичных и метастатических опухолей легких, которым выполняли РКТ до и после РЧА. Всем больным операция РЧА выполнялась перкутанно. Из 73 больных – 34 женщины и 39 мужчин. Возраст больных колебался от 41 до 83 лет. Средний возраст – 59 лет. Всем больным РЧА выполняли после верификации диагноза при трансторакальной биопсии, аппаратами Cool-Tip (TYCO) и RITA (AngioDynamics). Изучение опухоли до выполнения РЧА, контроль положения электрода и контрольные исследования осуществляли при помощи РКТ (на аппарате General Electric LS 16, США).

Результаты. Нами было выполнено 94 операции РЧА у 73 пациентов. Средняя продолжительность наблюдения составила 12,4 мес. Размеры образований варьировали от 4 до 62 мм (средний размер – 34 мм). После термоабляции

оценка эффективности РЧА при помощи РКТ проводилась на следующие сутки, через 1, 3, 6, 12 мес. Критериями полной абляции считали: нативная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами, размер зоны абляции больше, чем исходный опухолевый очаг, зона воздействия окружена зоной инфильтрации легочной ткани по типу «матового стекла» от 5 до 15 мм; артериальная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами и отсутствием накопления контрастного вещества в центре зоны абляции, возможно умеренное накопление контрастного вещества по периферии за счет воспалительных изменений; венозная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами с отсутствием накопления контрастного вещества. Признаком полной абляции также считали прогрессивное уменьшение размеров зоны абляции в сроки до 6 мес, при сохранении четких ровных контуров и отсутствии накопления контрастного препарата. Критериями неполной абляции считали: в нативную фазу – гипо- или изоденсная зона с нечеткими неровными контурами по периферии, увеличение размеров зоны термического воздействия, наличие участков накопления контрастного вещества ближе к центру образования или в венозную фазу, а также по периферии образования в сроки 1 мес и более после выполнения операции. Полная абляция была достигнута у 66 (90,4 %) больных. У 7 (9,6 %) больных при контрольных КТ были выявлены описанные выше признаки продолженного роста опухоли и получено подтверждение прогрессии при помощи трансторакальной биопсии.

Выводы. РКТ является достоверным методом выявления неполной абляции или продолженного роста опухоли после чрескожной РЧА у больных с первичными и метастатическими злокачественными поражениями легких.