

Материал и методы. В исследование включено 18 больных МРРПК. На первом этапе всем пациентам проводилась дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в стандартном режиме до СОД 40 Гр на фоне радиосенсибилизации капецитабином в дозе $825 \text{ мг/м}^2 \times 2$ раза в сутки в дни облучения. Топометрическая подготовка проводилась с использованием СКТ на аппарате «Somatom Emotion-6» с болюсным контрастированием и последующей сменой артериальной, венозной и отсроченной фаз контрастирования, что обеспечивало наиболее оптимальную визуализацию опухоли. Лучевую терапию проводили на аппарате Theratron Equinox методом четырехпольного статического облучения. Клинический объем мишени включал первичную опухоль, а также регионарные лимфоузлы. После перерыва 14 дней осуществлялась оценка эффекта лечения, по результатам которой определялась дальнейшая тактика. При стабилизации или прогрессировании – хирургический этап лечения. При частичной регрессии продолжалась химиолучевая терапия. При локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки проводилась внутриместная лучевая терапия (ВПЛТ) в режиме РОД 3 Гр, 2 раза в неделю, до СОД 15 Гр. Предлучевая подготовка проводилась также на основании данных СКТ с учетом зафиксированной частичной регрессии опухоли, что обеспечивало отчетливую визуализацию всего объема опухолевого поражения стенки кишки, распространения опухолевой инфильтрации на соседние органы и особенности топографического расположения соседних органов (мочевой

пузырь, матка, яичники, предстательная железа). При локализации опухоли в верхнеампулярном отделе и при стенозах кишки продолжалась ДГТ в стандартном режиме до СОД 60 Гр на фоне приема капецитабина. Операция выполнялась через 6–8 нед после завершения лучевой терапии.

Результаты. У больных, получавших ВПЛТ, в 3 случаях получена полная регрессия опухоли, при наблюдении от 8 до 12 мес, признаков продолженного роста опухоли не отмечено. Прооперировано 4 пациента, трем выполнены сфинктерсохраняющие операции. При ДГТ в 3 случаях получена полная регрессия опухоли без признаков продолженного роста в сроки от 8 до 16 мес. У 7 больных получена частичная регрессия опухоли. Было выполнено 6 сфинктерсохраняющих операций. У оперированных больных осложнений, связанных с проведением неoadъювантной терапии, не наблюдалось. В 2 случаях наблюдалось формирование острой лучевой язвы, после эпителизации которой в обоих случаях была установлена полная морфологически верифицированная регрессия. У 2 больных, получавших ВПЛТ, наблюдался ректит умеренной степени.

Выводы. Топометрическая подготовка больных МРРПК должна проводиться на основании данных СКТ, что позволяет проводить расчеты на основе фактического объема опухоли и обеспечивает минимальное повреждение критических органов и не вызывает выраженных лучевых реакций, следовательно, не приводит к развитию большого числа осложнений в периоперационном периоде.

МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

А.О. ТИМОШЕНКО, Е.П. КОРНЕВА, М.В. РОСТОВЦЕВ

ГМЛПУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Актуальность. До настоящего времени клинически опухоли сердца, в том числе и миксомы, диагностируют при первичном обращении у 5–10 % больных. Прогноз болезни при первичных опухолях сердца неудовлетворительный. Летальный исход наступает в среднем через 1,5–2,5 года после появления клинических признаков заболевания.

Цель исследования: оценить возможности МСКТ в диагностике опухолей сердца.

Материал и методы. За период с 2009 по 2011 г. в отделении кардиохирургии Челябинской областной клинической больницы проходили лечение 15 пациентов с первичными новообразованиями сердца в возрасте от 1 до 71 года, в среднем – 50 ± 5 лет. Мужчин – 7,

женщин – 8. Всем больным выполнено ЭХО-КТ на аппарате Vivid 4, в В-режиме, 4 больным выполнено МСКТ-исследование на 64-спиральном томографе General Electric с контрастным усилением и ЭКГ-синхронизацией. Все больные были прооперированы и выполнено гистологическое исследование опухолей.

Результаты. Доброкачественные опухоли обнаружены в 13 случаях, из них миксомы – 10, фиброма – 1, папиллярная фиброэластома – 1, киста перикарда – 1. Первично-злокачественные опухоли выявлены в 2 случаях: эмбриональная рабдомиосаркома и фиброзная гистиоцитома. В 9 случаях больные имели клиническую картину и типичную локализацию опухоли в левом предсердии, при ЭХО-КТ небольшие размеры опухоли, четкие, ровные контуры. В 2 случаях наблюдалась типичная локализация опухоли в левом предсердии, небольшие размеры, но при ЭХО-КТ заподозрены признаки злокачественности – нечеткие, бугристые контуры и широкое основание опухоли, которые подтвердились при гистологическом исследовании операционного материала. На операции опухоли имели неровные, бугристые контуры, крепились широким основанием к межпредсердной перегородке, в 1 случае опухоль инфильтрировала стенку

левого предсердия. В 4 случаях, при неясной клинической картине, клинике сдавления верхней полой вены, локализации опухоли в правом предсердии или обоих желудочках, выполнено МСКТ. Окончательный диагноз у этих больных: большая миксома правого предсердия, дававшая синдром верхней полой вены; миксома левого желудочка в сочетании с последствием расслаивающейся аневризмы аорты; фиброма сердца у ребенка 1 года; папиллярная фиброэластома аортального клапана. КТ позволяет более точно определить протяженность опухолей, оценить размеры, характер накопления контрастного вещества, визуализировать сосуды, при злокачественных поражениях – обнаружить вовлечение в процесс средостения. Недостаток МСКТ в снижении качества изображений у больных с нарушениями ритма и тахикардией, что требует специальной подготовки.

Выводы. МСКТ с контрастным усилением является малоинвазивным методом оценки размера, места прикрепления, характера роста опухоли, позволяющим определить объем и вид оперативного вмешательства, что делает необходимым ее включение в алгоритм исследования больных с опухолями сердца.

ПРИМЕНЕНИЕ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Н.Г. ТРУХАЧЕВА, О.С. ДАНИЛОВА, И.Г. ФРОЛОВА, С.А. ВЕЛИЧКО,
Л.А. КОЛОМИЕЦ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Широкое применение хирургических методов лечения онкогинекологических заболеваний делает особенно актуальной точную диагностику локализации поражения, а также оценку степени вовлеченности смежных органов и лимфатических узлов. Одним из основных методов для неинвазивной диагностики онкологической патологии органов малого таза является ультрасонография, которая остается доступным, легко выполнимым и эффективным методом исследования. В то же время возможности спиральной компьютерной

томографии не в полной мере оценены и не получили должного распространения в диагностике рака эндометрия.

Целью исследования явилась оценка роли мультиспиральной компьютерной томографии в определении степени распространенности опухолевого процесса у больных раком тела матки.

Материал и методы. В работе представлены результаты исследования 31 пациентки с диагнозом рак эндометрия, находившихся на обследовании и лечении в клинике НИИ онколо-