

как четкость жировой прослойки между стенкой сосуда у части больных с учетом влияния ряда факторов, которые нужно разделить на: (а) диагностические факторы, такие как квалификация специалиста, субъективность оценки, особенности контрастирования опухоли и окружающих тканей (слабая степень контрастирования

опухоли и наличие нечетких контуров опухолевого узла); (б) клинические факторы, такие как рубцовые изменения после проведенного химиолучевого лечения, рубцовые послеоперационные изменения при рецидивных процессах, уменьшение количества жировой клетчатки в мягких тканях шеи (кахексия пациента).

## МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МИКРОПЕРФОРАЦИЕЙ

Е.А. ЕГОРОВА<sup>1</sup>, М. А. ВАСИЛЬЕВА<sup>1,2</sup>

*Кафедра лучевой диагностики ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Минздрава России», г. Москва<sup>1</sup>  
Отделение ультразвуковой диагностики Городской клинической больницы № 50, г. Москва<sup>2</sup>*

**Цель исследования:** определить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике опухолей толстой кишки, осложненных микроперфорацией.

**Материал и методы.** По общепринятой схеме обследовано 122 пациента, госпитализированных по поводу боли в различных отделах брюшной полости и с клинико-лабораторными проявлениями воспалительного процесса. После осмотра хирурга выполнялась обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, затем УЗИ брюшной полости. В качестве уточняющей методики 24 пациентам, при подозрении на наличие объемных образований толстой кишки, выполнена ирригоскопия. В дальнейшем, для определения стадии патологического процесса планирования тактики лечения, проведена МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным контрастированием кишки и болюсным внутривенным контрастным усилением.

**Результаты.** Обзорная рентгенография позволяла определить наличие свободного газа в брюшной полости, конкрементов в проекции мочевых путей и желчного пузыря, признаки кишечной непроходимости, воспалительных изменений базальных отделов легких, которые были проявлением патологии, сопровождающейся болью в животе и общевоспалительной реакцией. По результатам ирригоскопии у 20

больных диагностированы экзофитные опухоли толстой кишки, в 4 случаях – определялось циркулярное сужение кишки, характерное для инфильтративных форм. По данным гистоморфологических исследований преобладающими были аденокарциномы (87,5%), в 12,5% случаев выявлен муцинозный рак. Микроперфорация кишки на уровне опухоли по данным ирригоскопии и УЗИ выявлена у 19 (79,2%) пациентов, но визуализировать зону перфорации было возможно у 3. МСКТ с контрастированием позволяла более детально оценить тип роста объемного образования, протяженность инфильтрации стенки кишки, выявить участки ее дегенеративных изменений, выход контрастного препарата за пределы полого органа. Кроме того, УЗИ и МСКТ давали возможность достоверно оценить состояние паренхиматозных органов, наличие и структуру перифокального инфильтрата, размеры которого не превышали 5–7 см, отграниченного скопления или свободной жидкости в брюшной полости, что выходило за пределы возможностей обзорной рентгенографии и ирригоскопии.

При аутопсии в некротизированной стенке кишки выявлены дефекты 1,0 и 1,7 см. Количество жидкости в зоне перфорации колебалось в пределах 2,0–50,0 см<sup>3</sup>, в ней отмечались фрагменты кишечного содержимого, гной, которые обуславливали неоднородность структуры при УЗИ.

**Выводы.** Ирригоскопия и прицельное УЗИ брюшной полости, с учетом клинко-анамнестических данных, в 79,2 % случаев позволяют достоверно установить наличие псевдовоспалительных форм рака толстой кишки с признаками микроперфораций. Результаты проведенного исследования дали возможность выделить основные клинко-лучевые симптомы микроперфорации при псевдовоспалительных формах рака толстой кишки: изменение органа (опухолевого образования/инфильтрации стенки

кишки); наличие перифокального инфильтрата и локального скопления свободной жидкости за пределами измененной кишки. МСКТ является уточняющей методикой, она необходима для определения стадии опухоли, а также в тех случаях, когда данные проведенных ранее лучевых исследований и клинические проявления не позволяют провести дифференциальную диагностику отграниченных воспалительных процессов брюшной полости.

## ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ И 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В СРАВНЕНИИ С МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ

С.В. ЕПИФАНОВА, Н.А.РУБЦОВА, В.В. ТЕПЛЯКОВ, В.А. ДЕРЖАВИН

*ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, г. Москва*

**Актуальность** проблемы в первую очередь обусловлена редкой встречаемостью первичных опухолей костей, большим разнообразием нозологических форм и недостаточной их изученностью. Заболеваемость злокачественными опухолями костей составляет 2 на 100000 населения. В то же время среди всех злокачественных новообразований костные саркомы обнаруживаются у 1 % больных. К сожалению, вопрос выбора метода визуализации у каждого конкретного пациента с опухолями опорно-двигательной системы в России зачастую связан не только с возможностями аппаратуры, но и стоимостью исследования, оснащенностью лечебных учреждений и квалификацией персонала.

**Целью исследования** являлось сопоставление возможностей спиральной компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарным и 3D-моделированием в оценке распространенности опухолей костей конечностей с магнитно-резонансной томографией.

**Материал и методы.** В исследование включены 54 пациента с опухолями костей конечностей, проходившие обследование и лечение в клиниках МНИОИ им. П.А. Герцена с 2007 по 2010 г. Всем пациентам в дооперационном периоде для определения тактики лечения выполнялись магнитно-резонансная томография и спиральная компьютерная томография с контрастным усилением, последующей мультипланарной и 3D-реконструкцией. Для определения объема хирургического лечения производили оценку 9 основных признаков: интрамедуллярная протяженность, степень разрушения кортикального слоя кости, наличие периостальной реакции, перелома и скип-метастазов, вовлечение сосудов, нервов, сустава, мышц.

**Результаты.** По данным выполненного исследования все пациенты были разделены на 3 группы: КТ превосходит по информативности МРТ (КТ>МРТ), эквивалентно (КТ=МРТ) и менее информативно (КТ<МРТ). В оценке периостальной реакции при опухолях костей