

ювантная химиолучевая терапия, целью которой является достижение регрессии первичной опухоли и регионарных метастазов, создание более благоприятных условий для выполнения радикальной операции, улучшение отдаленных результатов. На сегодняшний день одним из ведущих методов оценки изменений опухоли в процессе лечения является компьютерная томография. Существуют публикации посвященные вопросам компьютерно-томографической семиотики изменений опухолей ряда локализаций при проведении различных вариантов неoadъювантной терапии, но специальных работ с подробным анализом использования КТ до и после предоперационной терапии у больных раком желудка в качестве метода мониторинга мы в доступной литературе не нашли.

Целью исследования явилось изучение роли компьютерной томографии в оценке эффективности пролонгированной химиолучевой терапии у больных раком желудка.

Материал и методы. Проанализированы данные КТ-исследований 12 больных в возрасте от 32 до 73 года с местнораспространенным раком желудка (9) и локо-регионарным рецидивом (3). Всем больным был применен разработанный в Центре метод пролонгированной неoadъювантной химиолучевой терапии с последующей гастрэктомией D2. Интегральную клиническую оценку регрессии опухоли проводили с учетом данных всех использованных

методов исследования: эндоскопического, ультразвукового, рентгенологического, морфологического и компьютерной томографии. Мультиспиральную компьютерную томографию (КТ) выполняли до и через 3,5–4 нед после завершения химиолучевой терапии.

Результаты. На КТ-изображениях, выполненных до и после химиолучевой терапии, оценивали симптомы регрессии опухоли, изменение ее размеров и структуры. Симптомы регрессии – исчезновение экзофитного компонента опухоли; уменьшение или исчезновение экзогастрального компонента, вовлечения окружающих органов и тканей, регионарных лимфатических узлов. Для объективизации ответа опухоли, кроме «качественных показателей», анализировали «количественные показатели»: максимальную толщину стенки желудка в зоне поражения, площадь опухоли и площадь просвета желудка. По данным клинико-рентгенологической оценки регрессия опухоли более 50 % была отмечена у 5 больных, менее 50 % – у 5 и стабилизация – у 2. Симптомокомплекс КТ-изменений являлся основой интегральной оценки регрессии.

Выводы. Компьютерная томография является эффективным методом мониторинга лечения больных раком желудка, позволяющим в условиях специализированной клиники объективизировать реакцию опухоли на проводимое лечение.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В ЛЕГКИЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.И. АНДРЕЯШКИНА, В.Н. ПЛОХОВ

НУЗ «Дорожная клиническая больница», г. Саратов

Цель исследования: оценить значимость компьютерной томографии при проведении уточняющей диагностики метастазов в легкие у больных раком молочной железы.

Материал и методы. Проведена сравнительная оценка чувствительности, специфичности и точности компьютерной томографии, выполняемой с помощью компьютерного томографа Somaton CR фирмы Siemens. Выполнялась ком-

пьютерная диагностика метастазов в легкие у больных раком молочной железы, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии ГОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Саратов П» ОАО «РЖД», за период с 2005 по 2010 г.

Результаты. При метастазировании рака молочной железы в легкие определяющим мо-

ментом компьютерной диагностики является выявление метастазов в легкие на более ранних этапах развития. Ранние метастазы в легкие при раке молочной железы оценивались в интервале до 1 года с момента установления диагноза рака молочной железы, и к поздним метастазам отнесены метастазы в легкие в интервале свыше 1 года. Ранние метастазы в легкие отмечались в 58,4 % наблюдений, поздние метастазы – в 41,6% наблюдений. Было выявлено, что наиболее часто при ранней диссеминации в легкие метастазы носят множественный характер – 78,3 %, при поздних метастазах множественное поражение встречается реже – 38,6 %. Благоприятный прогноз имеет ограниченный характер поражения в легкие, солитарные метастазы в поздние сроки метастазирования отмечаются наиболее часто – в 40,6 % наблюдений, в ранние сроки они встречаются в 15 % случаев ($p < 0,05$). Чувствительность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке метастатического поражения в легкие при раке молочной железы составили 88,2, 95,1, 87,6 % соответственно.

Компьютерная томография является методом выбора при установлении поражения внутригрудных лимфатических узлов, так как на сегодняшний день рентгенологическое исследование в оценке состояния лимфатического аппарата практически не используется. Чувствитель-

ность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке состояния бронхопульмональных лимфатических узлов довольно низкие – 58,8 % и 63,1% соответственно. В оценке компьютерной томографии при определении метастазов рака в лимфатических узлах средостения получены следующие данные: чувствительность – 59 %, специфичность – 91 %, точность – 85 %. Чувствительность компьютерной томографии в оценке распространенности опухоли на средостение и прорастание плевры составляет 72,3 %, специфичность – 34 %, точность – 57,6 %, при рентгенологическом исследовании – 31,2, 33,3, 31,4 % соответственно.

Выводы. При диагностике метастазов рака молочной железы в легкие необходимо комплексно применять все методы лучевой диагностики. Только на основании результатов комплексного обследования можно предположить локализацию, размеры и количество метастазов, а также определиться с планом лечения, так как ни один из методов лучевой диагностики не обладает абсолютной чувствительностью, специфичностью, точностью, а являются взаимодополняющими. Длительное наблюдение за больными с периодическим выполнением компьютерной томографии по несколько раз в год (через каждые 2–3 мес) позволило нам проследить возникновение, развитие и течение указанных форм метастазов.

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

А.В. АРАБЛИНСКИЙ, Ю.В. СИДОРОВА

ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

Перед специалистом по лучевой диагностике при обследовании пациентов с заболеваниями надпочечников стоят следующие задачи: уточнение изменений надпочечников при различных эндокринных заболеваниях; оценка объемных образований надпочечников у пациентов со злокачественными опухолями различной локализации: дифференциация случайно выявленных образований надпочечников у пациентов, не имеющих патологии эндокринной системы или онкологического анамнеза.

Приступая к оценке изменений надпочечников, необходимо обращать внимание на их размеры. Обычно оцениваются три размера надпочечника и толщина его ножек. При использовании лучевых методов диагностики возможно выявлять следующие патологические процессы:

Гиперплазия и гипоплазия надпочечников, которая встречается при болезни Иценко–Кушинга и первичном гиперальдостеронизме, синдромах Кушинга и Кона.