

женщин – 8. Всем больным выполнено ЭХО-КГ 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-КГ небольшие размеры опухоли, четкие, ровные контуры. В 2 случаях наблюдалась типичная локализация опухоли в левом предсердии, небольшие размеры, но при ЭХО-КГ 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 онко-

гии г. Томска с 2008 по 2009 г. Возраст больных – 25–70 лет, из них в репродуктивном возрасте – 3 (9,7%), в перименопаузальном – 11 (35,5%), в постменопаузальном – 17 (54,8%). Во всех случаях получена гистологическая верификация процесса, преобладающим гистотипом была эндометриоидная аденокарцинома различной степени дифференцировки: высокой – 38,0%; низкой – 28,6%; умеренной – 28,6%. Светлоклеточный рак эндометрия наблюдался в 4,8% случаев. Спиральная компьютерная томография проводилась на мультиспиральном томографе «Somatom Emotion-6» с применением внутривенного болюсного контрастирования омнипаком, контрастирования кишечника урографинумом и при умеренном наполнении мочевого пузыря. В последующем осуществлялись мультипланарные реформации и построение объемного изображения. Исследование через 5–7 мин (отсроченная фаза) было предпочтительно для оценки инвазии стромы и инфильтрации стенки мочевого пузыря и прямой кишки. Анализ компьютерных томограмм проводился визуальным и денситометрическим способами.

Результаты. При выполнении спиральной компьютерной томографии рак эндометрия характеризовался гомогенностью структуры опухоли и денситометрической плотностью от +40

до +50 ед. Однако при СКТ было сложно визуализировать границу эндометрия с миометрием, таким образом, применение данного метода исследования нецелесообразно в определении глубины инвазии опухоли в миометрий. Кроме того, при выполнении компьютерной томографии судить о распространении опухолевого процесса на шейку матки возможно только по косвенным признакам (увеличение поперечного размера шейки, сглаженность наружного контура матки в проекции перешейка). Главным преимуществом СКТ по сравнению с ультразвуковым методом явилась возможность выявления метастатического поражения лимфатических узлов размерами до 10 мм. В ходе исследования визуализированы метастатические лимфоузлы в 7 случаях, что получило морфологическое подтверждение после операции в объеме расширенной экстирпации матки с придатками и лимфодиссекцией.

Выводы. Установлено, что СКТ позволяет более точно установить распространенность опухоли за пределы матки, метастазирование в забрюшинные, парааортальные, подвздошные лимфатические узлы, что имеет большое значение для адекватного планирования объема операции.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА С ПОМОЩЬЮ КТ-ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.Г. ТРУХАЧЁВА, И.Г. ФРОЛОВА, С.А. ВЕЛИЧКО, И.И. АНИСЕНЯ,
А.В. БОГОУТДИНОВА, А.А. ЖЕРАВИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Наиболее информативным методом, позволяющим получить ценную информацию о состоянии костной структуры аутотрансплантата, является рентгеновская компьютерная томография. По сравнению с другими лучевыми методами диагностики КТ обладает целым рядом существенных преимуществ, включающих возможность получения аксиальных срезов небольшой толщины, высокую степень контрастности изображений костных структур, а также отсутствие проекционного

наложения костных структур и прилежащих тканей. Однако при визуальном анализе КТ невозможно однозначно высказаться о наличии изменений, обусловленных осложнениями, дифференцировать воспалительные и репаративные изменения, диагностировать рецидив в ложе трансплантата. В литературе мало информации об использовании КТ для объективной оценки состояния аутотрансплантата в динамике. Не определены сроки фиксации в конкретном случае, сроки увеличения физической нагрузки.