

Материал и методы. В 2007–2009 гг. пациентам с подозрением на рак головки поджелудочной железы было выполнено 117 мультиспиральных компьютерных томографий с болюсным контрастированием. Исследования выполнялись на 6-срезовом компьютерном томографе фирмы SIEMENS модели SOMATOM EMOTION по стандартному протоколу. В качестве контрастного вещества использовался омнипак 100 мл с концентрацией йода 300–350 мг, со скоростью введения 4–6 мл/сек с задержкой начала сканирования. Толщина срезов 5 мм с последующей аксиальной и коронарной реконструкцией через 1,5 мм.

Результаты. При нативном исследовании было выявлено увеличение размеров головки поджелудочной железы во всех 117 случаях. В артериальную и венозную фазы контрастирования в проекции головки поджелудочной железы в 113 (96,7 %) случаях определялось объемное образование неоднородной, преимущественно тканевой структуры, гиподенсное неизменной паренхиме поджелудочной железы. Размеры выявленных объемных образований варьировали от 3,5 до 7,4 см в максимальном поперечнике. В 65 (57,5 %) случаях выявлена опухолевая инвазия в крупные сосуды (верхнюю брыжеечную

артерию, селезеночную и воротную вены) и регионарные лимфоузлы, в основном при больших размерах опухоли. Эти случаи были расценены как нерезектабельные, и пациентам выполнены паллиативные операции. В 48 (42,5 %) случаев не было выявлено инвазии в сосуды, метастазов (или выявлялись единичные) в регионарные лимфоузлы, процесс расценен как резектабельный, пациентам выполнены радикальные операции: 13 (27,1 %) – панкреатогастродуоденальная, 35 (72,9 %) – панкреатодуоденальная резекция. В 4 (3,4 %) случаях по данным мультиспиральной компьютерной томографии были выявлены опухолевые конгломераты размерами, превышающими 8 см, с вовлечением сосудов и лимфоузлов гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также метастазы в печень, легкие. Случаи расценены как неоперабельные. Чувствительность мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным контрастным усилением изображения в выявлении рака головки поджелудочной железы составила 100 %.

Выводы. Мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием является достаточно чувствительным методом для определения резектабельности рака головки поджелудочной железы.

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ И УЛЬТРОСОНОГРАФИЯ ОРБИТ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. ШТИН, В.А. НОВИКОВ, И.Г. ФРОЛОВА, Н.Г. ТРУХАЧЕВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Опухоли полости носа и околоносовых пазух составляют 8–10 % опухолей головы и шеи и представляют серьезную проблему для хирургов-онкологов, занимающихся лечением этой сложной патологии. В НИИ онкологии СО РАМН разработан комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий, позволяющий добиться удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения и высокого качества жизни большинства больных. Программа лечения включает

предоперационную лучевую терапию (СОД 40 Гр) и хирургическое вмешательство с индивидуальным эндопротезированием стенок орбиты имплантатами из никелида титана. Оценка распространенности поражения структур субкраниальной области и выбор тактики эндопротезирования проводились с использованием компьютерной томографии и ультразвукографии орбит.

Материал и методы. Компьютерная томография выполнялась на мультиспиральном

томографе в аксиальной, коронарной и фронтальной проекциях по программе спирального сканирования (срезы – 1/1 мм, pitch – 1–1,5), с последующими мультипланарными реформациями и построением объемного (3Д) изображения. Ультразвуковое сканирование орбит выполнялось на аппарате ALOCA 5500 SFD в положении пациента лежа, транспальпебрально линейным датчиком 10 МГц и конвексным датчиком 3,5 МГц.

Результаты. В предоперационном периоде оценивались размеры опухолевого процесса, его структура и признаки, распространение на пограничные анатомические области (орбиту, полость черепа, твердое небо, основание черепа). По данным компьютерной томографии разрушение нижней и медиальной стенок орбиты определялось у 100 % больных. В $38 \pm 15,3$ % выявлено поражение глазодвигательных мышц, в 30 ± 14 % – зрительного нерва, в $46 \pm 15,7$ % случаев – поражение орбитальной клетчатки. При ультразвуковом исследовании признаки разрушения нижней и медиальной стенок орбиты определялись в $76 \pm 13,5$ % случаев. Поражение орбитальной клетчатки выявлено у 15 ± 11 %, глазодвигательных мышц – у $7,6 \pm 8,3$ % больных. Признаков распространения

опухоли на зрительный нерв не обнаружено. Все результаты ультразвукового и томографического обследования проверялись во время операции. Поражение стенок орбиты в ходе оперативного вмешательства выявлено у 100 % больных, что сопоставимо с данными компьютерной томографии. В $10 \pm 9,4$ % случаев выявлено распространение опухоли на орбитальную клетчатку. Признаков поражения глазодвигательных мышц, зрительного нерва и глазного яблока не установлено ни в одном случае.

Выводы. Наиболее полезные данные о распространенности процесса позволяет получить именно комплексное использование компьютерной томографии и ультразвукового исследования. Компьютерная томография дает возможность более точно определить границы поражения костных структур, а УЗИ – распространение опухолевого процесса на мягкотканые структуры орбиты. Последовательное использование указанных методик позволяет наиболее точно определить объем оперативного вмешательства и необходимость того или иного вида эндопротезирования, поскольку именно площадь послеоперационного дефекта костных структур являлась одним из основных факторов, определяющих тактику эндопротезирования.