

чиной летальных исходов у 2,6% пациентов группы сравнения.

Выводы. Выявление среди пациентов, страдающих колоректальным раком, лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, и проведение им профилактической противоязвенной терапии позволило снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта с 10,4% до 3,5% и добиться улучшения результатов хирургического лечения колоректального рака.

ДИАГНОСТИКА КЛИНИКА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ (УЗИ, МСКТ) ВНУТРИГЛАЗНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Д.А. Важенина, И.Е. Панова,
А.С. Зотова, Е.А. Журавлев

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Диагностика злокачественных новообразований органа зрения в настоящее время в большинстве офтальмологических клиниках не онкологического профиля не соответствует современным онкологическим стандартам, к тому же ни одна офтальмологическая клиника не располагает таким арсеналом «тяжелой» диагностического оборудования (УЗИ, МСКТ, МРТ), какое имеется в онкологических центрах. Это влечет за собой высокий объем исследований, проводимых пациентам, и нерациональное использование диагностического ресурса техники.

Онкоофтальмологический центр, основанный в 1999 г. на базе ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», является практически единственным на территории РФ центром, занимающимся диагностикой и лечением пациентов с новообразованиями органа зрения, в первую очередь, с точки зрения онкологии, и уже потом – офтальмологии. За годы его работы данный подход к лечебно-диагностическим мероприятиям полностью оправдался.

За период с 1999-2009 гг. в центре на стационарном лечении находилось 3137 человек. Пациенты со злокачественной патологией органа зрения преобладали – 75,6%.

Мы провели ретро- и проспективный анализ 528 историй болезни пациентов (1999-2007 гг. – ретроспективный, 2008-2009 гг. – проспективный) с впервые выявленной злокачественной патологией органа зрения, которым, по различным причинам, требовалось дополнительное проведение специальных лучевых методов диагностики на госпитальном этапе.

Пациенты со злокачественной внутриглазной патологией органа зрения составили 87% (460 человек). Пациенты со злокачественными новообразованиями орбиты и параорбитальной области – 13% (68 человек). Все пациенты были распределены на две группы: основная (пациенты, проходившие лечение с 1999-2007 гг.) и контрольная (пациенты, проходившие лечение с 2008-2009 гг.).

Из исследования были исключены пациенты, которым не требовалось проведения специальных методов лучевой диагностики для постановки диагноза – это преимущественно пациенты с базально-клеточным раком в стадии T₁₋₃, плоскоклеточным раком кожи в стадии T₁₋₂ по классификации TNM, а так же все пациенты, с гистологически подтвержденным, доброкачественным характером образования.

Пациентам из основной группы (409 человек) были проведены исследования на аппаратах Hitachi EUB-6500 (УЗИ) и Tomoscan – FR 5000 фирмы Philips. Пациентам из контрольной группы (119 человек) были проведены исследования на аппаратах LOGIQ – 9 (General Electric) и Aquilion-64 (Toshiba).

По локализации злокачественного процесса дополнительных методов диагностики на госпитальном этапе достоверно чаще требуют внутриглазные новообразования, как в контрольной, так и в основной группах (84,1% и 88,1% соответственно).

По местной распространенности процесса и в контрольной и в основной группах достоверно чаще преобладали пациенты с T₂₋₃ стадией (42,1% и 51,6%; и 16,1% и 74,4% соответственно), в контрольной группе наблюдается четкая тенденция к увеличению пациентов со стадией процесса T₂, по сравнению с основной группой (51,6% и 16,1%). Всем пациентам были дополнительно проведены методы диагностики, включающей в себя УЗИ и МСКТ с контрастированием в/в и болюсно.

В основной группе расхождение размеров внутриглазных образований полученных при ультразвуковом методе исследования и гистологическом исследовании составляли по ширине основания 2,9±2,1 мм, по проминенции – 2,5±2,1 мм. В контрольной группе – по ширине основания – 1,6±1,4мм, по проминенции – 1,4±0,9мм.

Таким образом, использование ультразвуковой диагностической аппаратуры экспертного класса для диагностики внутриглазных новообразований позволяет получать на диагностическом этапе размеры образования, практически точно соответствующие его реальным размерам.

При проведении МСКТ-исследования в контрольной группе были получены следующие результаты: образования с проминенцией менее 3 мм, без наличия гиперваскулярного типа кровотока и высокоплотных включений на МСКТ не визуализируются даже при проведении контрастирования, в том числе и болюсного.

При проминенции образования более 3,1 мм мы получили результаты: расхождение по ширине основания образования полученное при исследовании методом МСКТ и ультразвуковом исследовании составляло по ширине основания $4,2 \pm 5,1$ мм, по проминенции - $2,8 \pm 4,9$ мм, в сторону увеличения размеров образования при МСКТ – исследовании. При сравнении результатов МСКТ-исследования и результатов гистологического заключения было получено расхождение размеров по ширине основания – $3,8 \pm 4,2$ мм, по проминенции – $3,2 \pm 3,9$ мм. В основной группе подобный анализ не возможен, в связи с малым количеством исследований методом компьютерной томографии у пациентов с внутриглазной патологией.

Таким образом, при новообразованиях органа зрения внутриглазной локализации, без прорастания в зрительный нерв и склеру, применение метода МСКТ-исследования не целесообразно, в связи с его низкой информативностью и чувствительно. Возможности крупного онкологического центра с мощной и хорошо развитой диагностической базой позволяют решать практически все проблемы, связанные с постановкой диагноза пациентам с онкоофтальмологической патологией.

РОЛЬ МЕТОДОВ КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Басина

Самарская ОКБ, им. М.И. Калинина

Диагностика заболеваний поджелудочной железы является одной из актуальных проблем современной клинической медицины, что обусловлено повсеместным неуклонным увеличением их частоты и трудностями дифференциальной диагностики, из-за отсутствия патогномоничных клинических признаков, особенно на ранних ста-

диях процесса. Опухолевые заболевания поджелудочной железы (ПЖ) подразделяются на доброкачественные и злокачественные. К доброкачественным опухолям относятся опухоли соединительной и жировой ткани (фибромы, липомы), эпителиальные опухоли (папилломы, аденомы, цистаденомы), сосудистые (гемангиомы, лимфомы), опухоли из гладкомышечной ткани (миомы), из нервной ткани (невриномы, ганглионевромы), тератоидные опухоли. Доброкачественные кистозные аденомы в 80% поражают женщин в отношении 3:2-9:2, пациентов старше 60 лет. Цистаденомы составляют 10-15% от общего числа кистозных поражений. К особой группе опухолей относят гормонально активные опухоли, которые встречаются довольно редко (1:2000000 - 1:4000000). К эндокринным опухолям ПЖ относят инсулиному, гастриному (7-10%), випому (4%), карциноидные опухоли, глюкагоному. К этой же группе относятся соматостиннома (менее 1%), кортико-ропинома, выделяющая инсулин, гастрин, гормон, подобный АКТГ. Рак поджелудочной железы встречается значительно чаще, чем доброкачественные и гормонально активные опухоли. Рак ПЖ является второй по частоте опухолью ЖКТ и пятой по причине смертности от онкологических заболеваний. Средняя выживаемость пациентов 4-6 месяцев, в США за последние 50 лет частота заболеваемости раком поджелудочной железы возросла в 3 раза и составляет 9:100000 жителей. До 90% от всех форм рака принадлежит аденокарциноме, большинство опухолей локализуется в головке (до 80%), 15% - в теле, 5% - в хвосте. Несмотря на разработку новых методологических подходов к первичной и дифференциальной диагностике объемных образований поджелудочной железы, сохраняется актуальность определенных трудностей в диагностике опухолей малых размеров (до 2 см), установления этиологии структурных изменений паренхимы, дифференциальной диагностики псевдотуморозного панкреатита и объемных образований поджелудочной железы, вовлеченности в процесс перипанкреатической клетчатки, магистральных сосудов, диссеминации брюшины.

Цель исследования: сравнительная характеристика изучения возможностей СКТ и МРТ в дифференциальной диагностике опухолевых заболеваний поджелудочной железы. Исследование проводилось на базе рентгеновского отделения ОКБ им Калинина г. Самары.

Материал и методы: с августа 2009 по август 2010 методами СКТ и МРТ было исследовано 196 человек с новообразованиями поджелудочной железы в возрасте от 31 года до 76 лет. Средний возраст составил 53,5 года.