

лицевого скелета выполнена на мультиспиральном томографе «Somatom sensation-4» в аксиальной, коронарной и фронтальной проекциях по программе спирального сканирования (срезы 1/1 мм, pitch равный 1–1,5), с последующими мультипланарными реформациями и построением объемного изображения. Анализ изображений осуществлялся в режимах мягкотканого и костного окон. Морфологическая верификация получена во всех случаях. Плоскоклеточный рак выявлен в 59 % случаев, аденокарцинома – в 13 %, низкодифференцированный рак – в 7 %, эстезионейробластома – в 5 %, различные варианты сарком – в 16 %.

Результаты. При анализе изображений использовали такие семиотические критерии, как визуализация опухолевого образования, определение локализации, изучение структуры, характер взаимоотношения с соседними анатомическими областями. Опухоль визуализировалась в виде образования мягкотканой плотности, занимающего одну или несколько анатомических областей. Чаще всего опухоли локализовались в верхнечелюстных пазухах (53%), реже – в решетчатом лабиринте (21 %), полости носа (11%), верхней челюсти (9 %), лобной пазухе (6 %). Выявлялась неоднородность структуры в 64 % случаев, преимущественно при неэпителиальных опухолях за счет сосудистого компонента, зон некроза. Однако в некоторых случаях невозможно было дифференцировать опухолевые массы, измененную слизистую, мышечные структуры. Бугристость контуров имела место при пристеночном расположении опухоли небольших размеров, чаще всего опухоли имели нечеткие контуры вследствие инфильтративного

роста. При инфильтрации нескольких анатомических структур выявлялась деструкция костей. Наиболее часто разрушению подвергались стенки верхнечелюстных пазух (77 %), решетчатая кость (58 %), стенки орбиты (45 %), альвеолярные отростки верхних челюстей (35 %), стенки лобной пазухи (17 %). При локализации опухоли в верхнечелюстных пазухах в 21 % случаев наблюдалось распространение на крылонебную и подвисочную ямки, особенно при инфильтративном характере роста. При выполнении внутривенного контрастирования повышение плотности первичной опухоли имело место в 63% случаев, что позволило более четко судить о границах пораженной области. С помощью СКТ в 94 % удалось точно определить локализацию первичной опухоли, ее размеры, структуру. Распространенность патологического процесса на пограничные анатомические области (орбиту, твердое небо, основание черепа и др.) правильно диагностирована в 88 % случаев, т.е. при исследовании хорошо определялась деструкция костной ткани, деформация соседних анатомических образований. Также СКТ способствовала достоверной оценке состояния мягких тканей лицевого скелета, хотя иногда было сложно дифференцировать мягкотканый компонент опухоли и сопутствующее воспаление.

Выводы. СКТ играет важную роль в диагностике опухолевой патологии лицевого скелета, существенно расширяя возможности топической диагностики, и данные исследования можно использовать для выбора метода лечения, в частности для обоснования хирургического этапа, особенно с применением пластики.

ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИИ

Р.Ю. ХЛОБЫСТИН, В.Ю. ПОГРЕБНЯКОВ, Е.А. ГУБИК

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита

Актуальность. В многочисленных исследованиях установлены нарушения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в отдаленном периоде после химиотерапевтического лечения

рака молочной железы. В связи с отсутствием сведений, касающихся изучения вопросов минерализации костной ткани непосредственно в процессе химиотерапевтического лечения боль-

ных раком молочной железы, было проведено данное исследование.

Материал и методы. Рентгеноденситометрическое обследование костно-суставной системы проведено у 31 женщины, проходившей химиотерапевтическое лечение по поводу рака молочной железы в Краевом онкологическом диспансере г. Читы. Всем женщинам проводили 6 курсов химиотерапии по схеме CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил) в стандартных дозировках, продолжительность курса – 14–18 дней, перерыв между курсами – 4 нед. Для диагностики состояния МПКТ использовали рентгеноденситометрический комплекс QDR Delphi фирмы Hologic. В качестве объектов изучения минеральной плотности костей были выбраны области лучезапястного и тазобедренного суставов, а также поясничный отдел позвоночника. Денситометрическое исследование проводили до и через 18, 30, 42 нед после начала лечения.

Результаты. При обследовании больных до химиотерапии в исследуемых отделах скелета среднее значение показателей МПКТ по Т-критерию было в пределах нормальных значений. В области лучезапястного сустава оно составило $-0,1903 \pm 0,1784$, в области тазобедренного сустава $-0,3806 \pm 0,2077$, в поясничном отделе позвоночника $-0,481 \pm 0,2251$. Среднее значение Т-критерия при исследовании через 18 нед в области лучезапястного сустава составило $-0,2548 \pm 0,1771$, в поясничном отделе позвоночника $-0,5452 \pm 0,2285$, в области

тазобедренного сустава $-0,3968 \pm 0,2032$. Различия статистически не значимы ($p > 0,05$) по сравнению с результатами до начала лечения. Через 30 нед после начала лечения во всех обследованных областях скелета наблюдалось снижение среднего значения Т-критерия: в лучезапястном суставе составило $-0,5053 \pm 0,2245$, в области тазобедренного сустава $-0,1105 \pm 0,2538$, в поясничном отделе позвоночника $-0,9579 \pm 0,2845$. Различия статистически значимы ($p < 0,05$) по сравнению с предыдущими обследованиями. Через 42 нед после начала лечения выявлено дальнейшее закономерное уменьшение среднего значения Т-критерия, полученного при исследовании лучезапястного и тазобедренного суставов по сравнению с предыдущим периодом – $-0,5619 \pm 0,2017$ и $-0,5143 \pm 0,2116$ соответственно ($p < 0,05$), и частичное восстановление плотности костной массы в бедренной кости – $-0,8048 \pm 0,2518$.

Выводы. В процессе химиотерапевтического лечения рака молочной железы у больных происходит уменьшение минеральной плотности костной ткани, более выраженное в костях с преимущественно губчатым компонентом костной ткани. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия является эффективным методом ранней диагностики нарушений МПКТ и может быть включена в обследование больных, проходящих химиотерапевтическое противоопухолевое лечение с целью выделения групп риска по развитию остеопороза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТЕЙ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ

Р.Ю. ХЛОБЫСТИН, В.Ю. ПОГРЕБНЯКОВ, Е.А. ГУБИК

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита

Актуальность. Радикальное хирургическое лечение рака молочной железы в послеоперационном периоде приводит к различной степени выраженности лимфостаза и нарушению функции конечности на стороне операции, что проявляется ограничением подвижности плечевого сустава, снижением мышечной силы

конечности. Известна взаимосвязь между функциональной нагрузкой и нарушениями микроциркуляции с минеральной плотностью костной ткани (МПКТ), однако данный вопрос у больных после оперативного лечения рака молочной железы не изучен, что явилось обоснованием к проведению данного исследования.