

мелких трубчатых костях были выявлены у 24 (17%) пациентов. Из них, в 16 (66,8%) случаях были обнаружены хондромы, в 5 (20,8%) – остеохондромы, в двух (8,3%) наблюдениях диагностирована гигантоклеточная опухоль (ГКО) костей и в одном (4,1%) случае ГКО сухожилия с вторичными костными изменениями.

Всем пациентам была выполнена стандартная рентгенография, в 100% случаев получено гистологическое заключение.

Результаты и обсуждение.

По локализации в кости хондромы разделяют на энхондромы (центрально расположенные) и экхондромы (расположенные по периферии). Хондромы растут медленно и чаще всего при энхондромах клинически проявляются при патологическом переломе. Клетки хондромы обладают высокой способностью имплантироваться. Повреждение опухоли во время операции, как правило, ведет к рецидиву.

Хондромы мелких трубчатых костей нами обнаружены в 16 наблюдениях (10 мужчин и 6 женщин). Среди 24 пациентов с выявленными хондромами костей скелета локализация в мелких трубчатых костях составила 66,6%. На долю костей кисти приходится 87,5% (14), стоп 12,5% (2). Средний возраст пациентов составил 35 лет.

По локализации опухоли в кости в 14 случаях была выявлена энхондрома, Экхондрома наблюдалась у двух пациентов. Рентгенологически энхондрома характеризовалась вздутием и деформацией кости, с выраженным, неравномерным истончением кортикальной пластинки. Целостность ее в 6 случаях из 14 наблюдений была нарушена за счет патологического перелома. Очаги просветления литического характера, располагались преимущественно центрально, с полициклическими контурами и четким отграничением. В 5 случаях на рентгенограммах были видны известковые включения в структуре образования. Случаев озлокачествления хондром мы не наблюдали.

Экхондрома рентгенологически проявлялась краевой атрофией, на уровне которой располагалось добавочное образование неоднородной структуры с обызвествлениями. Экхондромы дифференцировали с остеохондромами, отличительной особенностью которых является то, что основание остеохондром всегда представлено костной структурой. Остеохондромы были выявлены в костях кисти у 5 (17,8%), что составляет 10,2% (49) всех остеохондром скелета. Это пациенты мужского пола, средний возраст которых составил 31 год.

Несмотря на то, что ГКО наблюдается достаточно часто (от 12-25% всех опухолей скелета),

мелкие трубчатые кости для данной опухоли являются редкой локализацией. Нами она была выявлена у 2 (6,9%) пациентов (женщины в возрасте 25 и 47 лет). Это составило всего 7,6% от выявленных ГКО скелета.

На рентгенограммах на фоне вздутия кости определялся обширный очаг просветления литического характера с выраженным истончением и нарушением целостности кортикальной пластинки и наличием мягкотканного компонента.

В дифференциальной диагностике образования мелких трубчатых костей необходимо помнить о группе опухолей мягких тканей, в частности доброкачественных синовиом, которые являются самыми частыми образованиями пальцев кисти и стопы. В 30% случаев наблюдаются вторичные костные изменения.

Синовиома (представлена гигантоклеточным образованием сухожильного влагалища) с костными изменениями нами выявлена в одном (3,4%) случае. На рентгенограммах по медиальной поверхности, в мягких тканях в области первого межфалангового сустава определялось дополнительное не костное образование с четкими контурами, прилежащее к головке основной фаланги первого пальца кисти. Костные изменения определялись в виде ячеистой структуры очага просветления с истончением кортикальной пластинки.

Выводы: опухоли мелких трубчатых костей в 87,6% имеют костно-хрящевую природу, причем поражаются преимущественно кости кистей у лиц молодого и среднего возраста, что согласуется с данными литературы.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*В.Н. Королев, А.Ю. Кинзерский,
И.Ю. Суровцев, К.И. Кулаев*

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

В 2009 в рамках федеральной программы «Онкология» в эндоскопическом отделении ЧОКОД произошло полное переоснащение эндоскопических комплексов. Уникальные видеоскопические комплексы с возможностью аутофлюоресцентной диагностики, эндоскопического ультразвукового обследования, многократного оптического увеличения позволяют значительно расширить спектр диагностических и лечебных манипуляций в условиях специализированной онкологической клиники.

Подобные системы новейшего образца в нашей стране появились совсем недавно, поэтому существует острая необходимость для быстрого их внедрения в работу специализированных онкологических клиник.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) в ряде случаев является незаменимым методом оценки распространенности опухолевого процесса, включая морфологическую верификацию. Однако до сих пор не определено место эндоУЗИ в алгоритме обследования пациентов онкологического профиля.

Цель исследования: разработать рациональный алгоритм обследования пациентов онкологического профиля с включением эндоУЗИ для учета планирования комбинированных программ специализированного лечения. Оценить эффективность и безопасность использования различных методов эндоУЗИ в условиях специализированной онкологической клиники. Определить показания, противопоказания.

Материалы и методы:

С октября 2009г в условиях эндоскопического отделения клиники проведено эндоУЗИ 83 пациентам онкологического профиля. 47 (57%) исследования трансбронхиальным конвексным бронхоскопом с тонкоигольной биопсией. Использовался аппарат BF UC 160F Olympus (Япония). 22 (27%) исследований гастроскопом с радиальным электронным датчиком на аппарате GIF UE 160 AL Olympus (Япония). 14 (16%) высокочастотным минизондом 12 МГц и 20 МГц для оценки поражения слизистой пищевода, желудка и кишки. Сигнал обрабатывался на ультразвуковых цетрах Aloka-α 5 (Япония), EU ME 1 Olympus (Япония), EU C 60 Olympus (Япония). 12 (14%) пациентом исследование проводилось под наркозом.

Исследования бронхиального дерева с тонкоигольной биопсией выполнялось у пациентов с перибронхиальным расположением опухоли, а также при наличии увеличенных медиастинальных лимфоузлов. Кроме того, этому контингенту пациентов проводилось чрезпищеводное исследование с помощью радиального гастроскопа для уточнения объема метастатического поражения медиастинальных лимфоузлов.

При опухолях желудка ультразвуковое эндоскопическое исследование проводилось пациентам для оценки распространенности в отношении периорганых структур ультразвуковым гастроскопом с радиальным датчиком.

Для оценки инвазии подслизистых новообразований органов желудочно-кишечного тракта исследование проводилось с помощью высокочастотных минизондов.

Результаты и обсуждение.

Верификация диагноза после тонкоигольной биопсии получена у 18 (38%) пациентов. При исследовании высокочастотным минизондом в 5 (35%) случаях выявлена подслизистая опухоль без вовлечения мышечного слоя, которая в дальнейшем была удалена эндоскопическим путем (2 GIST опухоли, 3 липомы). В 2-х (15%) случаях выявлен рак желудка в пределах слизистого слоя. В 7 (50%) случаях выявлена инвазия подслизистой опухоли в мышечный слой, таким пациентам была выполнена хирургическая операция.

Осложнений, связанных с исследованием не было. В одном (1%) случае после тонкоигольной биопсии паратрахеального лимфоузла справа возникло кровотечение, которое было успешно остановлено эндоскопическим путем с помощью аргонплазменной коагуляции.

Выводы:

1. Трансбронхиальное исследование с тонкоигольной биопсией необходимо выполнять всем пациентам при увеличенных внутригрудных лимфоузлах в случае отсутствия другого субстрата для верификации диагноза. А также в большинстве случаев планирования комбинированных программ лечения.

2. Исследование радиальным электронным датчиком необходимо для уточнения распространенности опухоли в отношении парагастральных структур, а также опухолевой патологии панкреатобилиарной зоны.

3. Исследование высокочастотным минизондом обязательно для оценки возможности эндоскопического удаления подслизистых новообразований и раннего рака слизистой желудочно-кишечного тракта.

Заключение: проводимая работа является реализацией федеральной программы по улучшению оказания помощи пациентам онкологического профиля. Внедрение в работу специализированной клиники подобного уникального оборудования позволяет на принципиально новом качественном уровне реализовать задачи диагностики и лечения злокачественных опухолей большинства локализаций.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ САРКОМой МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

*С.А. Машурова, И.А. Горошинская,
Р.Н. Салатов, Л.А. Немашкалова,
П.С. Качесова, С.В. Абакумова*

Ростовский НИОИ
