

неврологических и ликвородинамических расстройств. В НИИ онкологии СО РАМН разработан метод пластики дефектов основания и свода черепа у онкологических больных конструкциями из пористого никелида титана. Особенности структуры материала позволяют моделировать из пористых пластин прочные объемные тонкостенные имплантаты, по форме соответствующие восполняемым дефектам, обеспечивают жесткую биологическую фиксацию и восстановление барьера между полостью черепа и внечерепным пространством.

Материал и методы. С 2002 по 2010 г. В НИИ онкологии СО РАМН прооперировано 30 пациентов с опухолями, растущими в полость черепа. Выполнена 31 операция с резекцией и одномоментным восстановлением дефектов костей свода и/или основания черепа с использованием индивидуальных имплантатов из никелида титана. До операции больным выполнялась спиральная компьютерная томография на мультиспиральном томографе «Somatom sensation-4» с толщиной срезов 1–1,5 мм, с последующей 3D-реконструкцией с внутривенным контрастированием. На основании данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) выполнялась стереолитографическая модель черепа, которая использовалась в каче-

стве шаблона при изготовлении индивидуального имплантата из никелида титана. МСКТ головного мозга и придаточных пазух носа (при необходимости) выполнялась через 2 нед, 3, 6 и 12 мес после операции для контроля за состоянием опухоли и положением эндопротеза.

Результаты. Длительность наблюдения за больными составила от 1 до 8 лет. У всех больных отмечена стабильная фиксация имплантата, прорастание его окружающими тканями, отсутствовали осложнения в виде смещения имплантата, нагноения, достигнут удовлетворительный косметический результат. Использование МСКТ в планировании оперативного вмешательства позволяет оценить локализацию и распространенность опухолевого процесса, расположение зон деструкции кости и гиперостоза и, таким образом, прогнозировать размеры и конфигурацию послеоперационного дефекта черепа, что позволяет уже на дооперационном этапе изготовить имплантат, соответствующий индивидуальным анатомическим особенностям строения черепа больного. Динамическое МСКТ-исследование в послеоперационном периоде способствует адекватной оценке положения имплантата, взаимодействия его с окружающими тканями, своевременному выявлению рецидива опухоли.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.С. ТАРАСОВА, С.Г. АФАНАСЬЕВ, Е.Н. САМЦОВ, А.В. МИНАКОВА,
Ж.А. СТАРЦЕВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Одним из наиболее обоснованных вариантов комбинированного лечения местнораспространенного рака прямой кишки (МРРПК) является предоперационная лучевая терапия в сочетании с радиомодификацией. Выбор программы лучевой терапии проводится индивидуально для каждого больного в зависимости от особенностей распространения опухолевого процесса в стенке кишки, заинтересованности и расположения органов малого таза. Применение современных компьютерных технологий в луче-

вой терапии изменили стратегию предлучевой подготовки. Внедрение трехмерного дозиметрического компьютерного планирования позволяет повысить точность расчета дозы на основе объемной информации о мишени и органах риска.

Цель исследования: провести клиническую апробацию метода предоперационной химиолучевой терапии с использованием курса сочетанной ЛТ и капецитабина в качестве радиосенсибилизатора, используя СКТ для предлучевой подготовки.

Материал и методы. В исследование включено 18 больных МРРПК. На первом этапе всем пациентам проводилась дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в стандартном режиме до СОД 40 Гр на фоне радиосенсибилизации капецитабином в дозе $825 \text{ мг/м}^2 \times 2$ раза в сутки в дни облучения. Топометрическая подготовка проводилась с использованием СКТ на аппарате «Somatom Emotion-6» с болюсным контрастированием и последующей сменой артериальной, венозной и отсроченной фаз контрастирования, что обеспечивало наиболее оптимальную визуализацию опухоли. Лучевую терапию проводили на аппарате Theratron Equinox методом четырехпольного статического облучения. Клинический объем мишени включал первичную опухоль, а также регионарные лимфоузлы. После перерыва 14 дней осуществлялась оценка эффекта лечения, по результатам которой определялась дальнейшая тактика. При стабилизации или прогрессировании – хирургический этап лечения. При частичной регрессии продолжалась химиолучевая терапия. При локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки проводилась внутриместная лучевая терапия (ВПЛТ) в режиме РОД 3 Гр, 2 раза в неделю, до СОД 15 Гр. Предлучевая подготовка проводилась также на основании данных СКТ с учетом зафиксированной частичной регрессии опухоли, что обеспечивало отчетливую визуализацию всего объема опухолевого поражения стенки кишки, распространения опухолевой инфильтрации на соседние органы и особенности топографического расположения соседних органов (мочевой

пузырь, матка, яичники, предстательная железа). При локализации опухоли в верхнеампулярном отделе и при стенозах кишки продолжалась ДГТ в стандартном режиме до СОД 60 Гр на фоне приема капецитабина. Операция выполнялась через 6–8 нед после завершения лучевой терапии.

Результаты. У больных, получавших ВПЛТ, в 3 случаях получена полная регрессия опухоли, при наблюдении от 8 до 12 мес, признаков продолженного роста опухоли не отмечено. Прооперировано 4 пациента, трем выполнены сфинктерсохраняющие операции. При ДГТ в 3 случаях получена полная регрессия опухоли без признаков продолженного роста в сроки от 8 до 16 мес. У 7 больных получена частичная регрессия опухоли. Было выполнено 6 сфинктерсохраняющих операций. У оперированных больных осложнений, связанных с проведением неoadъювантной терапии, не наблюдалось. В 2 случаях наблюдалось формирование острой лучевой язвы, после эпителизации которой в обоих случаях была установлена полная морфологически верифицированная регрессия. У 2 больных, получавших ВПЛТ, наблюдался ректит умеренной степени.

Выводы. Топометрическая подготовка больных МРРПК должна проводиться на основании данных СКТ, что позволяет проводить расчеты на основе фактического объема опухоли и обеспечивает минимальное повреждение критических органов и не вызывает выраженных лучевых реакций, следовательно, не приводит к развитию большого числа осложнений в периоперационном периоде.

МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

А.О. ТИМОШЕНКО, Е.П. КОРНЕВА, М.В. РОСТОВЦЕВ

ГМЛПУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Актуальность. До настоящего времени клинически опухоли сердца, в том числе и миксомы, диагностируют при первичном обращении у 5–10 % больных. Прогноз болезни при первичных опухолях сердца неудовлетворительный. Летальный исход наступает в среднем через 1,5–2,5 года после появления клинических признаков заболевания.

Цель исследования: оценить возможности МСКТ в диагностике опухолей сердца.

Материал и методы. За период с 2009 по 2011 г. в отделении кардиохирургии Челябинской областной клинической больницы проходили лечение 15 пациентов с первичными новообразованиями сердца в возрасте от 1 до 71 года, в среднем – 50 ± 5 лет. Мужчин – 7,