

эффективности неоадьювантной химиотерапии показано проведение диагностического комплекса, включающего СКТ органов груд-

ной клетки и ФБС, что позволяет достоверно определять полученный непосредственный клинический эффект.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА НА МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ ШЕИ

Е.Л. ДРОНОВА, А.М. МУДУНОВ, Б.И. ДОЛГУШИН, Е.Г. МАТЯКИН

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Актуальность. Хирургические вмешательства по поводу опухолей, близко располагающихся к шейному сосудисто-нервному пучку, являются наиболее сложными, несмотря на развитие современных хирургических технологий. Недостаточно точная диагностика распространения опухоли на сосуды шеи приводит к тому, что у 66 % больных попытка удаления опухоли заканчивается ее ревизией, а несвоевременная диагностика – к тому, что в 40 % случаев опухоль признается неоперабельной вследствие большого объема.

Цель исследования: оценить возможности компьютерной томографии в уточняющей диагностике вовлечения стенок магистральных сосудов при различных опухолях шеи.

Материал и методы. Проанализированы данные компьютерной томографии у 194 пациентов с опухолевыми образованиями на шее, проходивших обследование в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН за период с 2007 по 2010 г. Критерием включения в исследование являлась клинически определяемая опухоль на шее с подозрением на наличие связи с сосудистой стенкой. Всем пациентам на первом этапе выполнялось ультразвуковое исследование шеи, при определении близкого расположения опухоли к сосудистой стенке пациентам выполнялось компьютерно-томографическое исследование с внутривенным контрастированием.

Результаты. Доброкачественные опухоли были выявлены у 49 из 194 пациентов (25 %), среди них наиболее частые морфологические формы: параганглиомы – у 18 пациентов, невриномы – у 13 пациентов. Злокачественные опухоли диагностированы у 145 из 194 пациентов (75 %), из них наиболее часто выявлялись мета-

стазы плоскоклеточного рака оротфарингеальной зоны – в 73 случаях и местнораспространенные опухоли щитовидной железы с метастазами рака щитовидной железы – в 25 случаях.

Оперативному вмешательству подверглись 110 (56 %) пациентов. Из них с доброкачественными опухолями – 32 (29 %), злокачественными – 71 (64 %) пациент. Среди оперированных с учетом данных КТ выделялись следующие варианты соотношения сосуда и опухоли: (а) тесное прилегание с наличием выраженной жировой прослойки – 71 (64 %) случай, при этом в 6 (8,5 %) случаях эти данные не совпали с интраоперационными находками; (б) отсутствие четкой прослойки между стенкой сосуда и опухолью – 37 (34 %) случаев, при этом в 20 (54,1 %) случаях имелись расхождения с интраоперационными находками; (в) в 2 (2 %) случаях рентгенологическая картина была расценена как циркулярное окружение опухолью стенки магистрального сосуда с наличием тесной связи (наиболее выраженное поражение), что было подтверждено интраоперационно.

У пациентов со злокачественными новообразованиями сложности в выделении сосудистого пучка возникли у 26 (36,6 %) пациентов, при этом денудация сосуда была выполнена в 7 (9,9 %) случаях. Перевязка магистральных сосудов (предварительно были оценены компенсаторные возможности коллатерального кровоснабжения мозга) потребовалась в 7 (9,9 %) случаях (в одном случае с протезированием в ВСА), что совпало с результатами проведенного КТ исследования.

Выводы. Расхождение данных рентгенологической картины и интраоперационных находок можно объяснить условностью такого критерия,

как четкость жировой прослойки между стенкой сосуда у части больных с учетом влияния ряда факторов, которые нужно разделить на: (а) диагностические факторы, такие как квалификация специалиста, субъективность оценки, особенности контрастирования опухоли и окружающих тканей (слабая степень контрастирования

опухоли и наличие нечетких контуров опухолевого узла); (б) клинические факторы, такие как рубцовые изменения после проведенного химиолучевого лечения, рубцовые послеоперационные изменения при рецидивных процессах, уменьшение количества жировой клетчатки в мягких тканях шеи (кахексия пациента).

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МИКРОПЕРФОРАЦИЕЙ

Е.А. ЕГОРОВА¹, М. А. ВАСИЛЬЕВА^{1,2}

*Кафедра лучевой диагностики ГОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет Минздрава России», г. Москва¹
Отделение ультразвуковой диагностики Городской клинической больницы № 50, г. Москва²*

Цель исследования: определить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике опухолей толстой кишки, осложненных микроперфорацией.

Материал и методы. По общепринятой схеме обследовано 122 пациента, госпитализированных по поводу боли в различных отделах брюшной полости и с клинико-лабораторными проявлениями воспалительного процесса. После осмотра хирурга выполнялась обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, затем УЗИ брюшной полости. В качестве уточняющей методики 24 пациентам, при подозрении на наличие объемных образований толстой кишки, выполнена ирригоскопия. В дальнейшем, для определения стадии патологического процесса планирования тактики лечения, проведена МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным контрастированием кишки и болюсным внутривенным контрастным усилением.

Результаты. Обзорная рентгенография позволяла определить наличие свободного газа в брюшной полости, конкрементов в проекции мочевых путей и желчного пузыря, признаки кишечной непроходимости, воспалительных изменений базальных отделов легких, которые были проявлением патологии, сопровождающейся болью в животе и общевоспалительной реакцией. По результатам ирригоскопии у 20

больных диагностированы экзофитные опухоли толстой кишки, в 4 случаях – определялось циркулярное сужение кишки, характерное для инфильтративных форм. По данным гистоморфологических исследований преобладающими были аденокарциномы (87,5 %), в 12,5 % случаев выявлен муцинозный рак. Микроперфорация кишки на уровне опухоли по данным ирригоскопии и УЗИ выявлена у 19 (79,2 %) пациентов, но визуализировать зону перфорации было возможно у 3. МСКТ с контрастированием позволяла более детально оценить тип роста объемного образования, протяженность инфильтрации стенки кишки, выявить участки ее дегенеративных изменений, выход контрастного препарата за пределы полого органа. Кроме того, УЗИ и МСКТ давали возможность достоверно оценить состояние паренхиматозных органов, наличие и структуру перифокального инфильтрата, размеры которого не превышали 5–7 см, отграниченного скопления или свободной жидкости в брюшной полости, что выходило за пределы возможностей обзорной рентгенографии и ирригоскопии.

При аутопсии в некротизированной стенке кишки выявлены дефекты 1,0 и 1,7 см. Количество жидкости в зоне перфорации колебалось в пределах 2,0–50,0 см³, в ней отмечались фрагменты кишечного содержимого, гной, которые обуславливали неоднородность структуры при УЗИ.