

Материал и методы. Начиная с 2004 года нами пролечено 60 больных с местно распространенным, центральным раком легкого (T2-3N1-2M0) в возрасте 41-75 лет. У 13 (21,6%) больных при первичном обращении имел место ателектаз пораженной доли или всего легкого. Морфологически в 46 (76,6%) случаях был плоскоклеточный рак, в 14 (33,4%) случаях аденокарцинома. Всем больным было проведено по 2-3 курса предоперационной полихимиотерапии. У 30 (50%) больных по схеме Этопозид 120мг/м², Цисплатин 80мг/м², у 30 (50%) больных по схеме Таксотер 75мг/м², Цисплатин 75мг/м² с селективной катетеризацией бронхальной артерии.

Результаты. После 1 курса химиотерапии у 24 (40%) больных рентгенологически отмечена частичная регрессия процесса, у 36 (60%) стабилизация процесса. После 3-х курсов химиотерапии у 45 (75%) больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 14 (23,3%) проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов. Из 60 больных подвергнуты хирургическому лечению 42 (70%) больных. В 30 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, 12 случаях комбинированно - расширенная пульмонэктомия. Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей. Послеоперационный результат гистологического исследования во всех случаях показал лекарственный патоморфоз II-III степени.

Таким образом, использование предоперационной химиотерапии позволило повысить операбельность больных с местно распространенным НМРЛ. 5-летняя выживаемость составила 13,5%, 7 и более лет живут 4% больных. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с НМРЛ.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ СКТ И ОЭКТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

П.В. Суркова, И.Г. Фролова, Е.А. Чойнзонов, С.Ю. Чижевская, Р.В. Зельчан

НИИ онкологии, СО РАМН, г. Томск

Методы лучевой диагностики злокачественных опухолей гортани позволяют правильно оценить распространенность первичного патологического процесса и рецидивных злокачественных образований гортани и гортаноглотки.

Цель исследования: изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии и однофотонно-эмиссионной компьютерной томо-

графии в диагностике и оценке эффекта химиотерапии у больных раком гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. Проведено исследование 38 пациента со злокачественными опухолями гортани на спиральном компьютерном томографе «Somatom Emotion 6». Сканирование зоны интереса производилось с задержкой в 10-15 сек. от момента начала введения контрастного вещества. Это позволяет одномоментно получить фазы заполнения контрастным веществом сосудов и тканей шеи – артериальную и венозную. Аксиальная плоскость сканирования параллельна голосовым складкам. При этом зона исследования включает область от корня языка до нижнего перстневидного хряща. Оптимальной толщиной среза является 3 мм, при наклоне спирали 1,5. Компьютерная томография гортани производилась в трех основных режимах – во время небольшого вдоха, при фонации звука «и». Повторное исследование в условиях контрастного усиления (внутривенного введения контрастного вещества) проводилось для уточнения границ новообразования и определения параметров опухолевого кровотока.

ОЭКТ гортани выполнено с ^{99m}Tc-Технетрилом. Приготовленный фармпрепарат вводился пациенту внутривенно, болюсно. ОЭКТ выполнялась через 5-15 минут после введения радиофармпрепарата и включала в себя запись 64 планарных проекций на 360° оборота детектора, каждая продолжительностью по 20 сек., в матрицу 64x64 или 128x128.

По данным планарных проекций реконструировались томографические срезы распределения радиофармпрепарата в тканях гортани и гортаноглотки в аксиальной, фронтальных и сагиттальных плоскостях. Для получения совмещенных изображений использовались одинаково расположенные срезы СКТ и ОЭКТ. Для соответствия элементов изображения СКТ и ОЭКТ при их наложении друг на друга и получения совмещенного изображения, вручную выделялся наружный контур гортани на изображения СКТ и внутренняя граница области нормального накопления ^{99m}Tc – Технетрила в мягких тканях на ОЭКТ. В окончательное изображение совмещенного скана для облегчения его визуального анализа данные СКТ включались в виде кодирования в градациях серого, а данные ОЭКТ - в цветовой кодировке. Совмещенные, анатомически сопоставимые изображения особенно полезны в оценке эффекта проведенной химиотерапии.

Результаты исследования.

При анализе данных в 22,6% случаев от общего числа пациентов, процесс носил изолированный характер, было выявлено поражение голосовых складок, вестибулярных складок, передней комиссуры, надскладочного отдела, опухолевое поражение надгортанника. При СКТ в 13% выявлялось увеличение объема структур глотки.

Инвазия хрящей гортани, мягких тканей шеи, сосудистых структур выявлено у 8,05% больных раком гортани и гортаноглотки. После проведения двух курсов химиотерапии отмечалось уменьшение размеров опухоли в 54% случаев. При этом уменьшение на 50% выявлено у 16% больных, на 25% - у 38%. В 46% случаев размеры опухоли не изменились. Важно отметить, что увеличение размеров не отмечено после выполненных курсов химиотерапии. Чаще всего менялись размеры опухоли у больных с экзофитным характером роста.

На сцинтиграммах накопление ^{99m}Tc – Технетрила в гортани и гортаноглотке, как правило, было близко по расположению с локализацией накопления при СКТ с динамическим контрастированием. Но более достоверное заключение о локализации опухолевого образования получали лишь при совмещении обоих методов.

Выводы.

Чувствительность и специфичность ОЭКТ гортани выполненной с ^{99m}Tc – Технетрилом в диагностике рецидивов рака гортани превосходила данные СКТ с контрастным усилением.

Таким образом, представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и рецидивирующих опухолей.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

О.С. Терешин, А.Д. Надвикова

Челябинский ОКОД

Рак молочной железы (РМЖ), ассоциированный с беременностью диагностируется с частотой около 1 на 3000 беременностей. Около 3% всех случаев РМЖ диагностируются во время беременности. Вопрос взаимного влияния рака молочной железы и беременности сохраняет свою актуальность несмотря на длительную историю изучения. Общие черты в поведении эмбриональных и злокачественных клеток были отмечены еще в конце XIX столетия учеником немецкого патолога Р. Вирхова Ю. Конгеймом. В 1880 году Гросс подчеркивал, что рак молочной железы, развивающийся на фоне беременности и лактации, имеет более злокачественное течение. В работах начала 20 века Naagensen и Stout выделяли беременных и лактирующих женщин в группу «неоперабельных». Начиная с 1950-х годов, в литературе появляются более оптимистичные прогнозы относительно течения и отдаленных исходов заболевания у этой группы больных.

Имеющиеся на сегодняшний день клинические данные, касающиеся влияния беременности

на канцерогенез, неоднозначны: есть свидетельства, как стимуляции, так и угнетения беременностью развития злокачественной опухоли. Согласно данным многолетних наблюдений, риск возникновения РМЖ коррелирует с возрастом женщины на момент первой беременности. Беременность в раннем возрасте снижает риск возникновения новообразований молочной железы. Считается доказанным, что основная причина протекторной роли ранней беременности в отношении РМЖ – завершение дифференциации эпителия молочной железы под влиянием гормональных перестроек, присущих беременности. Несмотря на свидетельства угнетения беременностью роста злокачественного новообразования, в клинической практике утвердилось мнение о неблагоприятном прогнозе для беременных женщин, страдающих РМЖ. Рак на фоне беременности несколько чаще оказывается эстроген-негативным и Her-2 положительным. В некоторых популяционных исследованиях в 80% случаев пациентки самостоятельно выявили признаки опухолевого процесса в I триместре. Наиболее характерной жалобой у большинства является появление болезненного уплотнения в ткани молочной железы, часто сопровождающееся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отечность), появление асимметрии молочных желез, одностороннее увеличение лимфатических узлов. Диагностика затруднена маскирующим опухолевым узел увеличением плотности ткани молочной железы, относительными противопоказаниями к рентгенологическим методам исследования, возможно – «психологической неготовностью» врача и пациентки к диагностике рака в такой ситуации. При неинформативности УЗИ маммография при адекватном экранировании и защите плода в ряде случаев может выполняться. Исследование, включающее передний и боковой

снимки, воздействует на плод в дозе только 0,004-0,005 Гр. В то время как считается что выкидыш или «мальформация» плода вызывается дозой 0,05-0,1 Гр при сроке беременности менее 25 недель (данные анализа поражений, вызванных бомбардировкой Хиросимы и Нагасаки). Однако маммография существенного диагностического значения не имеет и в 25% случаев у беременных больных дает ложноотрицательную картину, т.к. опухолевые массы сливаются с гипертрофированными тканями, не позволяя четко дифференцировать злокачественную опухоль. Магнитно-резонансная томография может быть использована в режиме без контрастирования. Во всех случаях необходимо стремиться к морфологической верификации диагноза. Выбор лечебной тактики.

Существуют рекомендации Европейской палаты экспертов, опубликованные в 2010 г. Хирургическое лечение рассматривается как допустимая опция в любой период беременности (при условии проведения анестезии на современном