

граничения T_1 , T_2 стадий, начальных признаков прорастания опухоли в окружающую жировую клетчатку. Распространение опухоли на предстательную железу по данным КТ было определено у 24 (8,6 %) пациентов, морфологически инвазия опухоли в предстательную железу установлена у 74 (26,7 %) больных. Диагностическая точность МРТ в определении РМП составила 91,8 %, а стадии заболевания – до 90 %. Предоперационное завышение стадии отмечено у 10 (11,6 %) больных, занижение – у 13 (15,1 %) больных. Различий в интенсивности МР-сигнала от неизмененных лимфатических узлов и от узлов, содержащих метастазы, не выявлено. Точность метода в определении метастатического по-

ражения регионарных лимфатических узлов составила 94,2 %.

Выводы. МРТ исследование благодаря большому контрасту между мягкими тканями таза, различному сигналу от слоев стенки МП имеет ряд преимуществ по сравнению с КТ в диагностике злокачественной природы опухоли, степени инвазии в окружающие ткани и органы. Разрешающая способность МРТ не позволяет дифференцировать lamina propria tunica mucosae, что делает ее выполнение нецелесообразным в диагностике РМП без мышечной инвазии, в первую очередь она показана для диагностики и стадирования стадии T_3 – T_4 .

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ГОРТАНИ

И.В. ЛИТВИНЕНКО, М.В. РОСТОВЦЕВ, Ю.М. ЛИТВИНЕНКО

ГМЛПУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Цель исследования – улучшение качества МСКТ гортани.

Материал и методы. Проанализированы результаты МСКТ гортани 107 пациентов. МСКТ проводилась на 16-спиральном КТ Light Speed 16 Cardiac. Итоги исследования верифицировались по данным морфологического заключения.

Результаты. Рентгенологические изменения гортани выявлены у 86 пациентов, отсутствовали у 21. МСКТ признаки хронического гиперпластического ларингита (ХГЛ) диагностированы у 56 больных. При диффузной форме ХГЛ в 40 наблюдениях выявлялось двустороннее утолщение складок гортани. Контуры их были ровными или неровными. В 16 наблюдениях отмечалась сглаженность контура морганиевых желудочков и неполное смыкание голосовых складок при фонации звука «и». Ограниченная форма ХГЛ характеризовалась односторонним утолщением элементов гортани – в 10 случаях. У 8 больных фонационные пробы позволили определить снижение подвижности пораженного отдела. Для исключения опухолевого процесса всем исследуемым вводился неионный

контрастный препарат. В 28 случаях при диффузной форме ХГЛ отмечалось двустороннее умеренное равномерное, а в 4 наблюдениях при ограниченной форме – одностороннее накопление контрастного вещества. Среди 9 пациентов с отечно-полипозной формой ХГЛ у 6 было выявлено полиповидное образование на ножке правой или левой голосовой складки без нарушения их подвижности и активного накопления контрастного вещества, в 3 наблюдениях МСКТ-изменения отсутствовали. Основными признаками злокачественного поражения у 30 больных являлись: дополнительное мягкотканое образование (100%), ограничение или отсутствие подвижности гортани (100 %), патологическое накопление контрастного вещества (83,3%). МСКТ-картина обуславливалась размерами и формой роста неопластического процесса. При экзофитной форме рака в 7 наблюдениях определялась опухоль на широком основании, выступающая в просвет гортани. Во всех случаях новообразование располагалось в верхней или средней трети правой или левой голосовой складки и более четко визуализировалось при фонации звука «и». Основание

опухоли было шире, чем верхушка, что визу- ально выглядело как булабовидное утолщение пораженного отдела. Активное накопление кон- трастного вещества наблюдалось у 2 больных, умеренное – у 5, во всех случаях равномерное. Функциональные исследования позволили определить неполное смыкание и нарушение подвижности элементов гортани: неподвиж- ность отмечалась у 1 пациента, ограничение подвижности – у 6. В 23 случаях при инфильтративной форме рака визуализировалось мяг- котканое образование с неровными контурами, в 7 наблюдениях активно неравномерно, а в 16 равномерно накапливающее контрастное вещество. Во всех наблюдениях отмечалась не- подвижность измененного отдела органа. При неопластической инвазии в окружающие струк- туры МСКТ – изменения характеризовались у 5 больных деструкцией передней пластины щитовидного хряща, у 1 – участками уплот-

нения щитовидного и черпаловидного хрящей с повышенным накоплением контрастного ве- щества, что было нами расценено как признаки склероза и подтверждено интраоперационным гистологическим заключением. Инфильтрация опухоли в переднюю комиссуру была выявлена у 24 больных, что проявлялось ее утолщением от 4 до 8 мм. В 1 наблюдении разрушение щитовид- ного сочеталось с поражением перстневидного хряща. В 2 случаях опухоль распространялась на переднюю поверхность шеи.

Выводы. МСКТ является достоверным ме- тодом лучевой диагностики патологии гортани. Его высокая информативность разрешает в большинстве клинических ситуаций определять характер поражения органа – воспалительный или неопластический. Это улучшает диагно- стику предраковых (гиперпластических) за- болеваний и рака гортани на ранних стадиях развития.

РАСЧЕТ ОБЪЕМА ГИПОФИЗА И АДЕНОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СТРОЕНИЯ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

П.И. ЛУКЪЯНЕНОК¹, Т.К. ГУДКОВА², Г.И. ЦЫРОВ²

НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск¹,

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск²

Актуальность. Известен способ определе- ния объема гипофиза, применяемый в рентге- новской и магнитно-резонансной томографии по параметрам трёх взаимно перпендикулярных сечений с измерением размеров гипофиза – дли- ны, ширины и высоты. В медицинскую практику он вошел под названием способа Di-Chiro- Nel- son, выражаемого формулой: $V=1/2 \times H \times W \times L$, где V – объем гипофиза в мм³, H – высота гипофиза, W – ширина, L – длина гипофиза, в мм. Основным недостатком данного способа яв- ляется приближенная оценка объема гипофиза, поскольку исходно предполагается, что гипофиз имеет форму цилиндра. Как показывает практи- ка, размеры, форма, положение турецкого седла и гипофиза, а значит, и его объем могут сильно варьировать. Это приводит к тому, что объем гипофиза может меняться, а в расчеты объема по формуле Di-Chiro-Nelson закладывается физиологическая погрешность, которая может

составлять до 50 %. Особенно часто такая ошиб- ка расчета возникает при сложных вариантах строения гипофиза и турецкого седла.

Цель исследования – повышение точности расчета объема гипофиза по параметрам сагит- тальных сечений, получаемых на низкочастотных магнитно-резонансных томографах.

Материал и методы. Каждый срез, про- ходящий через гипофиз в сагиттальном сече- нии, несет в себе многочисленные физические параметры, среди которых для расчета объема наиболее важны: первый – это толщина среза; второй – площадь сечения, проходящего через гипофиз; третий – дистанционный фактор – рас- стояние между ближайшими срезами. Исходя из этого, объем гипофиза можно выразить форму- лой, отражающей сумму объемов срезов:

$$V_A = S(h+d)_1 + S_2(h+d) + S_3(h+d) + \dots + S_n(h+d)$$

$$\text{или } V_A = (h+d) \sum_{i=1}^n S_i$$