

ванный 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 выявлена у 8,05 % больных раком гортани и гортаноглотки. После 2 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.

Выводы. Включение СКТ в алгоритм обследования больных раком гортани и гортаноглотки позволяет на этапе диагностики получить дополнительную информацию о протяженности и адекватно оценить истинную распространенность опухолевого процесса, уточнить стадию заболевания и правильно определить тактику лечения. Применение СКТ с внутривенным болюсным контрастированием можно считать оправданным в оценке результатов предоперационной химиотерапии, используемой в комбинированном лечении больных раком гортани и гортаноглотки, так как она позволяет определить степень регресса первичной опухоли, особенно при эндофитном характере роста.

ВОЗМОЖНОСТИ СКТ И ОЭКТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

П.В. СУРКОВА, И.Г. ФРОЛОВА, Е.Л. ЧОЙЗОНОВ, С.Ю. ЧИЖЕВСКАЯ,
Р.В. ЗЕЛЬЧАН, И.Г. СИНЛКИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

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

Цель исследования: изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии и однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии в диагностике и оценке эффекта лучевого и химиолучевого лечения у больных раком гортани.

Материал и методы. Проведено исследование 21 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 одновременно 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 толщина среза – 3 мм, при наклоне спирали – 1,5 мм. 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 РФП вводился пациенту внутривенно, болюсно. ОЭКТ выполнялась через 5–15 мин после введения радиофармпрепарата и включала в себя запись 64 планарных проекций на 360° оборота детектора, каждая продолжительностью по 20 сек, в матрицу 64×64 или 128×128. По данным планарных проекций реконструировались томографические срезы

распределения РФП в тканях гортани в аксиальной, фронтальной 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 лучевой или химиолучевой терапии, наиболее трудном разделе клинической онкологии.

Результаты. При анализе полученных данных отмечено, что при локализации опухоли в надсвязочном пространстве характерными компьютерно-томографическими признаками являлись отсутствие или деформация грушевидных синусов, в проекции которых определялось

образование. При наличии образования в проекции складочного отдела визуализировалась деформация и утолщение складок, их асимметрия. В 64 % случаев поражение складок было односторонним, приводящими к сужению просвета гортани. Реже злокачественный процесс локализовался в подскладочном отделе, когда определялось наличие дополнительного образования ниже складок гортани. Поражение двух и трех отделов гортани с переходом на переднюю комиссуру было выявлено почти у половины больных. На сцинтиграммах накопление ^{99m}Tc -Технетрила в гортани, 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 превосходили данные СКТ с контрастным усилением. Представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и рецидивирующих опухолей.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.А. СЫРКАШЕВ, В.А. НОВИКОВ, А.И. РЯБОВА, И.Г. ФРОЛОВА,
П.В. СУРКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Опухоли головы и шеи, врастающие в полость черепа, составляют около 1 % всех злокачественных новообразований. Тактика лечения зависит от гистологической природы и распространенности новообразования. Оперативное вмешательство является основным методом лечения доброкачественных опухолей этой локализации и основным элементом комбинированной терапии большинства злокачественных опухолей. Эффективное хирургическое лечение подразумевает широкое

иссечение опухолевого узла, прилежащих мягких тканей и костных структур черепа. Анатомические особенности строения черепа и близость жизненно-важных структур требуют адекватной реконструкции послеоперационных дефектов свода и основания черепа. Восстановление барьера между полостью черепа и внечерепным пространством предотвращает возникновение грубых косметических дефектов, а также ликвореи, гнойно-септических осложнений, менинго- и энцефалоцеле, сосудистых,