

мес. Накопление химиоасляной суспензии в регионарных лимфатических узлах отмечено в 3 случаях (8 %). Отдаленные эффекты регионарной химиотерапии оценивались в сроки 14 мес. Среди оперированных пациентов местный рецидив выявлен в 1 случае. Остальные 5 пациентов наблюдаются в сроки от 3 до 21 мес. Среди больных, получавших только регионарную химиотерапию, МСКТ позволила установить

прогрессирование заболевания в 14 случаях (89 %), что вызвало необходимость в изменении схемы химиотерапии.

Выводы. Многослойная спиральная компьютерная томография позволяет эффективно мониторировать пациентов, получающих регионарную химиотерапию по поводу рака желудка, и вносит вклад в оценку характера метастазирования в регионарные лимфатические узлы.

ЗАДАЧИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.В. ВОЛОДИНА, П.В. СВИРИДОВ, Н.Т. ПАНАРИНА

ФГУЗ КБ № 8 ФМБА России, г. Обнинск

Актуальность. В настоящее время рак предстательной железы – самое распространенное злокачественное новообразование у мужчин в развитых странах и в России. Среди причин смерти от онкологических заболеваний у мужчин старше 55 лет оно занимает второе место после рака легкого. Около 70 % пациентов в качестве радикального лечения может быть предложена брахитерапия, в особенности та её методика, которая выполняется под контролем компьютерной томографии и активно развивается в последние годы в России. Понимание задач компьютерной томографии как метода визуализации при этом является гарантией качества лечения.

Целью исследования стало определение задач КТ при брахитерапии рака предстательной железы (РПЖ).

Материал и методы. В Центре брахитерапии ФГУЗ № 8 проводится лечение локализованных форм рака предстательной железы под контролем компьютерной томографии. За весь период времени выполнено 472 операции. Компьютерно-томографическое сканирование осуществлялось на аппарате Somatom Emotion 6 (Siemens). Были определены и сформулированы задачи компьютерной томографии на различных этапах брахитерапии РПЖ.

Результаты. Согласно рекомендациям Американского общества брахитерапевтов и ESTRO брахитерапия рака предстательной железы состоит из подготовки, имплантации и

постимплантационного этапов. На всех этапах основной задачей компьютерной томографии является визуализация «лечебной мишени» (предстательная железа, семенные пузырьки) и «критических органов» (мочевой пузырь, прямая кишка) с последующим выполнением обводки их контуров для дозиметрических расчетов. Но имеются некоторые особенности. На предимплантационном этапе следует выполнять компьютерную томографию малого таза со специальной укладкой и определенными параметрами сканирования; оценивать форму и размеры простаты; определять плотность её ткани и наличие кальцинатов; оценивать внутривезикулярный компонент железы. Во время имплантации при компьютерной томографии определяют положение имплантационной планшетки, количество рядов источников; уточняют локализацию уретры; оценивают положение игл-троакаров относительно уретры и шейки мочевого пузыря; измеряют и уточняют глубину введения игл и источников; выявляют возникающие изменения в малом тазе. На постимплантационном этапе необходимо оценивать распределение источников в «лечебной мишени», их расположение по отношению к «критическим органам»; выявлять послеоперационные изменения; во время компьютерной томографии целесообразно проводить ретроградное контрастирование уретры аэрированной смесью геля и контрастного вещества для лучшей визуализации её и шейки мочевого пузыря.

Выводы. Чёткое определение задач компьютерной томографии при проведении брахитерапии повышает эффективность этого высокотехнологического метода лечения локализованных форм РПЖ. Это имеет большое значение и при решении вопроса постлучевых осложнений после брахитерапии. Из опыта центров брахитерапии России они минимальны по сравнению с другими видами радикального лечения. У большинства больных они наблюдаются в раннем периоде и ограничиваются дизурическими расстройствами. Лучевой ректит возникает менее

чем у 2 % пациентов, недержание мочи – в 1 % случаев, если не выполнялась предварительно ТУР. Также высок уровень сохранения потенции – до 75 %. Менее чем в 0,5 % случаев наблюдаются постлучевые изменения на отдаленных сроках после брахитерапии. Мы убеждены, что полное понимание значения визуализации и диагностического сопровождения брахитерапии рака предстательной железы, а также задач КТ при этом способствует минимизации неблагоприятных последствий для пациентов.

ВАРИАНТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

И.Ф. ГАРБУЗ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, г. Тирасполь, Молдова*

Актуальность. Малоберцовая кость у детей часто поражается опухолевыми образованиями, которые требуют оперативного лечения. Образованный дефект устраняется при помощи пластики формализированным алотрансплантатом или аутоотрансплантатом, взятым и приготовленным классическим способом. В этих способах пластики имеются и отрицательные стороны. Учитывая функциональную специфику малоберцовой кости предлагаем оригинальный способ пластики дефекта с максимальным, на наш взгляд, эффектом и с минимальными затратами и угрозами осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования: разработать способ костной пластики дефекта малоберцовой кости после удаления опухолевых образований.

Материал и методы. Изучены истории болезни 19 детей, которые получили лечение по поводу: кисты малоберцовой кости – 4; фиброзной дисплазии малоберцовой кости – 6; остеонидеома малоберцовой кости – 2; остеохондром – 3; гигантоклеточной опухоли – 1; гемангиомы малоберцовой кости – 3. Для закрытия дефекта малоберцовой кости из более длинного сегмента продольно-косым рассечением выкраивается аутоотрансплантат, который на 1–1,5 см длиннее операционного дефекта. Далее аутоотрансплан-

тат разворачивается на 180° и вставляется основанием на острие сегмента, откуда выкроен аутоотрансплантат, а острие аутоотрансплантата вставляется в основание второго сегмента кости. Таким образом закрывается костный дефект и восстанавливается ось кости. Предложенный способ костной пластики дефектов малоберцовой кости у детей применяется в течение 7 лет, лечение получили 19 больных детей, из которых 13 мальчиков и 6 девочек. В ближайшем послеоперационном периоде во всех случаях рана закрылась первичным натяжением, швы сняты на 12-й день после операции, больные выписаны домой в гипсовой иммобилизации.

Результаты. Прослежены результаты лечения глубиной до 5 лет у 13 больных. Клинически форма и функция оперированной голени полностью восстановлены, рентгенологически у всех больных имеется закрытие дефекта костным регенератом и с его перестройкой, прямо пропорциональной сроку после оперативного вмешательства. Преимуществами предлагаемого способа пластики дефекта малоберцовой кости являются следующие: аутопластика не нуждается в дополнительном разрезе для забора костной ткани; для пластики применяется аутокость – нет угрозы реакции организма на инородное тело; аутоотрансплантат служит