

ЗНАЧЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ И ТРЕХМЕРНЫХ ОТТЕНЕННЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ, ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (МСКТ), ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

А.М. Сдвижков, Л.Г. Кожанов, П.В. Васильев, А.Л. Юдин, Г.Ф. Сологубова

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

либо лучевой терапии. Пролечено 19 больных. В сроки от 6 мес до 4 лет прослежено 299 пациентов, 110 из них – без признаков рецидива и генерализации (37%).

Рак гортани и гортаноглотки – наиболее частые онкологические заболевания области головы и шеи. Современные возможности и практическое значение трехмерных реконструкций, основанных на применении МСКТ, остаются неизученным вопросом.

Материал и методы. Методом МСКТ обследовано 120 человек раком гортани и гортаноглотки. Алгоритм обследования включал непрямую ларингоскопию, фиброларингоскопию, рентгенографию гортани. При подозрении на рак гортаноглотки проводилось рентгеновское исследование гортаноглотки и пищевода с бариевой взвесью. МСКТ выполнялась на аппарате NX/i (General Electric) в спиральном режиме при фонации срезами толщиной 3 мм. В дальнейшем “сырые данные” обрабатывали с использованием программных пакетов для получения трехмерных изображений.

Результаты исследования. Виртуальная ларингоскопия и трехмерные оттененные изображения гор-

тани и гортаноглотки позволили точно оценить локализацию и протяженность поражения. При экзофитном росте определялось образование, вдающееся в просвет гортаноглотки или гортани. При эндофитном росте отмечалась инфильтрация стенки гортаноглотки, грушевидного синуса или отдела гортани на фоне ограничения подвижности при фонации. МСКТ позволила получить дополнительную информацию о большем распространении опухоли по сравнению с рентгенологическими исследованиями у 70 человек (58,3%), непрямой ларингоскопией – у 30 (25%), фиброларингоскопией – у 15 (12,5%). Кроме того, у 5 больных МСКТ оказалась единственным методом, позволяющим установить рак гортани и гортаноглотки, что было подтверждено морфологическим исследованием. Однако МСКТ не установила опухоль гортани и гортаноглотки у 2 человек.

Выводы. МСКТ – новый и высокоинформативный метод лучевой диагностики рака гортани и гортаноглотки. Трехмерные изображения позволяют точно оценить локализацию и распространенность поражения. МСКТ в комплексе с другими инструментальными и клиническими методами исследования

позволяет улучшить лучевую диагностику рака гортани и гортаноглотки.

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕХМЕРНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ, ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ МСКТ, У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Сдвижков, Л.Г. Кожанов, П.В. Васильев, А.Л. Юдин, Г.Ф. Сологубова

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Опухолевые заболевания лицевой области – актуальная проблема в онкологии. Комплексное значение трехмерных реконструкций у больных с опухолевыми заболеваниями лицевой области, основанных на

использовании метода мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ), полностью не изучено.

Материал и методы. Обследовано 70 человек с различными опухолевыми заболеваниями лицевой

области. Исследование выполнялось на первичном этапе, а также после хирургического и/или химиолучевого лечения на компьютерном томографе NX/i (General Electric) срезами толщиной 3 мм. В последующем информацию обрабатывали на рабочей станции.

Результаты исследования. Трехмерные реконструкции позволили у всех первичных больных получить точное объемное изображение опухоли на фоне окружающих костных и мягкотканых структур. Проведение повторного исследования после хирургического лечения позволяло исключить наличие остаточ-

ной опухоли. Выполнение МСКТ после химиолучевого лечения способствовало точной динамической оценке изменения размеров и внутренней структуры опухоли.

Выводы. Трехмерные реконструкции, основанные на использовании метода МСКТ, позволяют точно оценить локализацию и распространенность процесса у больных опухолевыми заболеваниями лицевой области. Динамическое контрольное исследование после лечения позволяет точно оценить наличие остаточной опухоли, выявить рецидив заболевания, оценить изменение размеров и внутренней структуры опухоли на фоне проведенного химиолучевого лечения.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.М. Сдвижков, Л.Г. Кожанов, В.П. Демидов

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Рак щитовидной железы по темпам годового прироста в последние годы опережает другие злокачественные новообразования. Лечение предрака и рака щитовидной железы, как показывает практика, занимаются онкологи, радиологи, хирурги и эндокринологи. Между тем до настоящего времени не разработаны алгоритмы диагностики и лечения рака и предрака щитовидной железы в силу особенности клинического течения заболеваний.

Материал и методы. Авторы располагают большим опытом диагностики и лечения указанной патологии (625 наблюдений) и предлагают стандартизированные подходы к решению спорных вопросов тиреоидологии. По данным авторов, тактическими ошибками в диагностике и лечении рака щитовидной железы были следующие: длительные наблюдения – 63 %, гормонотерапия без верификации диагноза – 37 %, в том числе неадекватное оперативное вмешательство – 38,7 %.

Установлены причины диагностических и лечебных ошибок: отсутствие онкологической настороженности и незнание особенностей клинического течения рака щитовидной железы; несоблюдение принципов обязательного полного обследования больного (гормональный профиль, сканирование щитовид-

ной железы, УЗИ с тонкоигольной аспирационной биопсией), планирование лечения осуществляется одним врачом, а не консилиумом специалистов.

Многофакторный анализ, проведенный авторами, позволил выделить важные прогностические факторы при раке щитовидной железы: пол, возраст, гистологическая структура опухоли, стадия заболевания. К группе высокого риска отнесены мужчины старше 45 лет с большой опухолью (T₃, T₄) с отдаленными метастазами, со злокачественными опухолями низкой дифференцировки. Группу низкого риска и хорошего прогноза составляют женщины моложе 45 лет, страдающие папиллярным раком (T₁, T₂). Прогностические факторы позволяют выбрать оптимальный план лечения.

Результаты. Основным методом лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы является адекватное хирургическое вмешательство (экстрафасциальная резекция, экстирпация), которое дает стойкий лечебный эффект в 95 % случаев в 10-летние сроки при низких факторах риска.

Выводы. Соблюдение принципов обязательного полного обследования и адекватного лечения позволяет получить стойкий лечебный эффект у больных высокодифференцированным раком щитовидной