

В.В. Пустынский И.Н., Ткачев С.И. и др. Современные возможности криогенного лечения рака кожи. //Материалы VI Российской онкологической конференции. Москва, 26-28 ноября 2002 г. **4.** Ажигалиев Н.А. Опухоли кожи. А., 1991. – 117 с.; **5.** Анищенко И.С., Важенин А.В. Плоскоклеточный рак кожи: Клиника, диагностика, лечение. Ч., Урал LTD, 2000. – 142 с.; **6.** Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М., 1979. – 221 с.; **7.** Денисов Л.Е., Курдина М.И., Потекаев Н.С., Володин В.Д. Активное выявление злокачественных новообразований кожи. М., Медицина, 1995. – 150 с.; **8.** Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. П., 2000.- 699 с.; **9.** Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М. и др. Патоморфология болезней кожи. Руководство для врачей. М., Медицина, 2003. – 496 с.; **10.** Фицпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. Секреты дерматологии. М. – СПб, 1999. – 512 с.; **11.** Ламоткин М.И. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. М., Практическая медицина, 2006. – 166 с.

ТҰЖЫРЫМ
ЕМХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ТЕРІ ОБЫРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

С.А. Байдилбеков
Алматы аймақтың онкология диспансері

Осы мақалада тері обырының алдын алу емхана деңгейіндегі, қазіргі заман талабына сай, ерте кезінде клиникалық үрдістеріне қарай алдын алу қызметі көрсетілді.

SUMMARY
SKIN CANCER PREVENTIONS IN AMBULANCE LEVEL

S.A. Baidilbekov
Almaty Regional Oncological Hospital

Current trends and possibilities of skin cancer prevention are accentuated in the article. Performed the role of outpatient care service in the active detection of early forms and clinical prevention of different skin cancer variants.

КТ И МРТ В УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Р.Р. ШАРЫГИН, Ш.У. АЯЗБАЕВ
Мангистауская областная больница, г. Актау

Рак пищевода (РП) остается одной из самых частых онкопатологий в Мангистауской области. Радикальным методом лечения РП является хирургический (оперативный). Определение резектабельности РП у онкобольных имеет неоспоримую практическую ценность. В странах СНГ до сих пор не определены на достаточном уровне диагностическая ценность и роль КТ в уточняющей диагностике РП, а МРТ практически не используется в этой области диагностики.

Цель исследования – изучение диагностических возможностей КТ и МРТ в определении операбельности РП различных стадий.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ КТ и МРТ у 18 оперированных больных с РП в течение 2001-2010 гг. Больным с карциномой пищевода КТ выполнялась на аппаратах “СТ Max 640” (“General Electric”), “СТ 6800” (“Shimadzu”) и “Hi Speed NX/1” (“General Electric”). МРТ-исследования проводились на аппаратах “MR Max” (“General Electric”) и “Achieva” (“Philips”) напряженностью магнитного поля 1,5 Т. КТ- и МРТ-исследования пищевода с захватом желудка выполнялись после перорального приема газообразующей смеси. Одновременное исследование желудка требовалось при опухолевом поражении нижней трети пищевода, кардиоэзофагеальной зоны и с целью оценки пригодности его для пластики пищевода. У 15 (83,3%) больных были диагностированы карцинома нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальный рак, у 3 (16,6%) пациентов – рак среднегрудного отдела пищевода. У всех оперированных больных была установлена III стадия РП.

Результаты и обсуждение

При КТ опухоль пищевода обнаружена у всех больных. Сравнительно плохо отображалась опухолевая масса ретроперикардального сегмента пищевода. Определить глубину инвазии стенок органа не удалось ни у одного больного, инвазия стенок пищевода пред-

полагалась только при проявлениях распространения опухоли в околопищеводную клетчатку, вовлечения соседних органов и, прежде всего, грудного отдела аорты. Ни в одном случае не удавалось определить разделительной прослойки между опухолью пищевода и грудной аортой на всем протяжении. Опухоль пищевода тесно прилежала к аорте. Исчезновение разделительной прослойки между опухолью и грудной аортой не имело значимой практической ценности. У 13 (72,2%) больных была выявлена потеря triangle fat space, и это сочеталось с широким контактом опухоли с грудной аортой (ширина контакта по периметру аорты составляла в пределах 45 и обозначалась термином «проблема 9-12»). У всех оперированных больных с «проблемой 9-12» во время операции выявлена спаянность опухоли пищевода с аортой и только у 2 (11,1%) пациентов с трудом удавалось выделить и пищевода и завершить операцию резекцией органа и его первичной пластикой. У 3 (16,6%) больных с РП при КТ объективизированы увеличенные околопищеводные лимфатические узлы величиной не менее 10-12 мм, а в то же время лимфоаденопатия в виде увеличения лимфоузлов групп 110, 111 обнаружена в 88% случаев у 16 больных. Вовлечение непарной вены и перикарда, а также определение границ самой опухоли пищевода при КТ носили предположительный характер, хотя они существенно не оказывали влияния на предоперационную концепцию и хирургическую стратегию.

МРТ использовалась в качестве метода диагностики РП второй линии у 5 (27,7%) пациентов и она сравнительно хуже, чем КТ, демонстрировала опухоль пищевода. У 3 (16,6%) больных с РП при МРТ удалось обнаружить верхние границы карциномы пищевода, определить расстояние от бифуркации трахеи и дуги аорты. Во всех случаях МРТ позволила более точно оценить взаимоотношения опухоли пищевода и грудной аорты. Это, на наш взгляд, представляет единственную диагностическую ценность данного метода.

ТҰЖЫРЫМ

Өңеш қатерлі ісігін нақтылау диагностикасындағы КТ және МРТ

*Р.Р. Шарыгин, Ш.У. Аязбаев
Маңғыстау облыстық ауруханасы, Ақтау қ.*

Өңештің әртүрлі бөлімдерінің карциномасы инвазиясының таралуы мен деңгейін анықтаудағы диагностикалық мүмкіндіктерді салыстырмалы бағалау кезінде компьютерлік томография басым болады. Әсіресе бұл параэзофагеальды жасуығы түйіндерінің процесінің және лимфаденопатиясының ұзақтығын анықтауға қатысты. МРТ болса ісік пен кеуде қолқасының өзара қарым-қатынастарын жақсы бағалайды.

SUMMARY

COMPUTERIZED TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY IN VERIFICATION DIAGNOSIS OF OESOPHAGAL CANCER

*R.R. Sharygin, Sh.U. Ayazbayev
Mangistau District Hospital, Aktau*

Computerize tomography is more preferred at comparative assessment of diagnostic capabilities in detection of dissemination and degree of carcinoma invasion in different oesophagal parts. This is especially true in regard to determination of the process range and lymphadenopathy of periesophagal cellular tissue nodes. Magnetic resonance tomography better assesses relation between the tumor and thoracic aorta.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ОПТИМИЗАЦИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРЦИНОМЫ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПАТОЛОГИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.Р. ШАРЫГИН, Ш.У. АЯЗБАЕВ

Мангистауская областная больница, г. Актау

Дифференциальная диагностика опухолей и опухолеподобных патологий поджелудочной железы (ПЖ) в настоящее время весьма актуальна. Особенно это касается дифференциации протокового рака и аденокарциномы головки ПЖ с псевдотуморозным панкреатитом. В клинической практике встречаются случаи длительного наблюдения больных с диагнозом рака ПЖ без специального лечения у онкологов с последующим снятием их с диспансерного учета. С указанными негативными явлениями связаны психологическая нагрузка для больных и их близких, потеря работы, установление инвалидности и прочие неблагоприятные факторы.

Дифференциальная диагностика опухолей и опухолеподобных патологий ПЖ нередко становится непреодолимой дилеммой. Известны даже случаи установления рака ПЖ во время хирургической операции и опровержения указанного диагноза через несколько месяцев.

Основным методом диагностики патологии ПЖ является компьютерная томография (КТ). Нативная КТ информативна только в 64% случаев. По данным Г.Г. Кармазановского с соавторами в диагностике опухолей ПЖ приоритетна КТ с болюсным контрастным усилением. Во многих клиниках с этой целью используют динамическую болюсную КТ, в частности, КТ по Странфордскому протоколу, который предусматривает получение изображений в поздней артериальной и поственозной фазах контрастирования (через 40 и 80 сек, соответственно). По данным ряда авторов, КТ в артериопаренхиматозную и портальную фазы информативны только в 6 и 9%.

В мировой литературе на данный момент имеются крайне ограниченные сообщения о диагностической ценности КТ-перфузии ПЖ (рСТ). Перфузионная КТ – это кратковременный болюс контрастного вещества, во время прохождения которого получают повторяющуюся через определенный промежуток времени серию срезов.

С 2010 г. в Мангистауской областной больнице начали выполнять перфузионную КТ поджелудочной железы

с целью дифференциальной диагностики рака ПЖ с псевдотуморозным панкреатитом и вскоре столкнулись со следующими трудностями: имеющийся в нашей больнице двухсрезовый КТ не позволял выполнять перфузионную КТ по рекомендуемой методике в виде получения 1 изображения в секунду после болюсного введения 40-50 мл контрастного вещества при длительности сканирования 45 секунд. В связи с этим оказалось невозможным определение среднего времени транзита контраста и объема панкреатического кровотока. Стандартная платформа PC Advantage 4.0 не имеет протокол (программу) перфузии для ПЖ.

В настоящее время применяются многосрезовые КТ и программные пакеты с протоколом Perfusion. На подобных аппаратах можно выполнять перфузионную КТ и устанавливать диагностическую ценность в определении перфузионных характеристик различных патологий ПЖ и, прежде всего, истинных опухолей и опухолеподобных патологий ПЖ.

Диагностические возможности магнитно-резонансной томографии не превышают таковые при КТ. Но считаем перспективным направлением в диагностике патологии ПЖ использование диффузновзвешенной магнитно-резонансной томографии (ДВ-МРТ) с $b=600$ с/мм².

ТҰЖЫРЫМ

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ІСІККЕ ҰҚСАС ДЕРТТЕРІНІҢ ЖӘНЕ КАРЦИНОМАНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУҒА КОНЦЕПТУАЛДЫ КӨЗҚАРАС

*Р.Р. Шарыгин, Ш.У. Аязбаев
Маңғыстау облыстық ауруханасы, Ақтау қ.*

Ұйқы безі карциномасының және жалған ісікті дерттердің (бәрінен бұрын, жалған туморозды панкреатит) дифференциациясы кезіндегі аса маңызды диагностикалық құндылыққа диффузиялы-өлшенген магнитті-резонансты томографияның ұдайы есуші мәні кезінде перфузиялы КТ ие болады.