



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

ТРАДИЦИОННОЕ (1999-2009),
ЕЖЕГОДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА
В МОСКОВСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ
КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ №1

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) // www.rosoncoweb.ru // www.netoncology.ru // www.elibrary.ru // www.oncodome.narod.ru

№ 3
(556)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

2009
МАРТ

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

ЗАСЕДАНИЕ № 556

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **26** МАРТА 2009 г., в 17.00
В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ №1 (ул. БАУМАНСКАЯ, Д. 17. ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ КОРПУС)
ЗАСЕДАНИЕ ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФ. Ю.Я. ГРИЦМАНА

Председатели: проф. А.И. Пачес, проф. А.М. Сдвижков

**ПОВЕСТКА ДНЯ: ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ОНКОЛОГИИ**

Доклад:

**МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
С ТРЕХМЕРНЫМ 3Д-МОДЕЛИРОВАНИЕМ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**
Сдвижков А.М., Юдин А.Л., Кожанов Л.Г., Сологубова Г.Ф., Кулагин А.Л.
(Онкологический клинический диспансер №1)

Доклад:

**КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
Тюрин И.Е.^{1,2}, Долгушин Б.И.¹, Холявка Е.Н.^{1,2}
¹Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина,
²Российская медицинская академия последипломного образования)

Доклад:

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ**
Виниковецкая А.В., Котляров П.М., Егорова Е.В., Шадури Е.В.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

К ЗАСЕДАНИЮ ОБЩЕСТВА В МОСКОВСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ №1



Важнейшей составляющей работы Московского онкологического общества является представление результатов научных клинических исследований, содействие их внедрению в практику здравоохранения. В связи с этим, Обществу интересны положительные примеры подобной научно-практической деятельности. Очевидно, работа Московского Онкологического клинического диспансера №1 в полной мере является таким примером.

Диспансер №1 располагает значительным потенциалом – как лечебным (365 коек, 147 врачей), так и научным (в ОКД №1 работают 5 профессоров, 9 докторов и 38 кандидатов медицинских наук). Ежегодно в клинических подразделениях Диспансера получают высококвалифицированную лечебную помощь более 7.000 пациентов, в том числе более чем 3.000 выполняются сложные хирургические операции по поводу опухолей легких, пищевода, челюстно-лицевой области, панкреатодуоденальной зоны, др. Разработаны и внедрены высокотехнологичные методы лечения онкологических больных: оригинальные хирургические методики при злокачественных опухолях лицевого скелета – краниоорбитофациальные резекции с применением микрохирургической техники; голосообразующие операции с использованием отечественных протезов после полного удаления гортани; современные методики органосохраняющих операций при ранних стадиях рака молочной железы, шейки матки, гортани; реконструктивно-пластические операции с использованием микрохирургической техники.

(Продолжение – см. с. 2.)

К заседанию Общества в Московском Онкологическом клиническом диспансере №1

В поликлинике Диспансера зарегистрировано 178.000 посещений за год, в дневном стационаре проведено противоопухолевое лекарственное лечение около 2 500 больных злокачественными новообразованиями различной локализации.

Активная клиническая работа Диспансера позволяет ежегодно представлять на обсуждение одного из заседаний Общества результаты своей деятельности. Тематикой предыдущих обсуждений были избраны вопросы лечения онкологических больных пожилого и старческого возраста; психотерапевтической и психологической помощи онкологическим больным; создание канцеррегистров; стандарты проведения химиотерапии в амбулаторных условиях; проблемы рака эндометрия и яичников; варианты оптимального отведения мочи (пластики мочевого пузыря) после цистэктомии; а также проблемы фотодинамической терапии, криохирургии, вопросы комплексной реабилитации больных, излеченных от рака молочной железы.

В соответствии с установившейся традицией, заседания Общества в Диспансере посвящаются памяти проф. Ю.Я. Грицмана (21.2.1921-17.1.1994) – в прошлом главного онколога Москвы, много лет проводившего в Диспансере клиническую, научную и педагогическую работу.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY

(№ #556; MARCH 26, 2009)

CT IN THE PRACTICE OF ONCOLOGISTS

Report-1. THE USE OF MULTISPIRAL COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN CURRENT CLINICAL ONCOLOGISTS' PRACTICE. By Prof. A.Sdvjkov, Prof./Dr. A.Yudin, Dr. L.Kojanov, Dr. G.Sologubova, Dr. A.Kalugin et al. (The First Moscow City Cancer Dispensary).

Report-2. EMERGENCY CT-ANGIOGRAPHY IN ONCOLOGY. By Prof. I.Turin, Prof. B.Dolgushin, Dr E. Xoliavka (The N.N.Blokhin Cancer Research Center, Russian Medical Academy of Postgraduate Education).

Report-3. CT-ANGIOGRAPHY FOR RETROPERITONEAL TUMORS. By Dr. A.Vinikovetskaya, Prof. P.Kotliarov, Dr.E.Egorova, Dr. E.Shaduri (Russian Research Center of Roentgenology and Radiology).

Доклад:

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ТРЕХМЕРНЫМ 3Д-МОДЕЛИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сдвижков А.М., Юдин А.Л., Кожанов Л.Г., Сологубова Г.Ф., Кулагин А.Л.
(Онкологический клинический диспансер №1)

Компьютерная томография занимает центральное место в лучевой диагностике онкологических заболеваний. Постоянное совершенствование этого метода привело к внедрению в практику мультиспиральных компьютерных томографов, претерпели изменения методики КТ-исследования с контрастным усилением, др.

Мультифазное сканирование на мультиспиральных томографах позволяет выявлять опухоли на ранних стадиях развития и во многих случаях проводить дифференциальную диагностику новообразований по характеру движения контрастного препарата в патологической ткани. Все большее распространение получают методики постпроцессорной обработки изображений с формированием мультипланарных и трехмерных реконструкций патологических образований. Компьютерная томография активно применяется для выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств – диагностических пункционных биопсий, дренирований, абляций.

ВВЕДЕНИЕ В КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ. Компьютерная томография как метод визуализации органов и тканей существует уже более 30 лет. Первое сообщение о новом методе лучевой диагностики было сделано 19 апреля 1972 г. на конгрессе Британского института радиологии (G.Hounsfield, J.Ambrose). С тех пор произошла революция в лучевой диагностике. Она заключается в применении компьютера для построения диагностического изображения. Компьютерная томография дала импульс к развитию цифровой (цифровой) рентгенографии, цифровой субтракционной ангиографии, компьютеризованному ультразвуковому исследованию, магнитно-резонансной томографии, однофотонной эмиссионной томографии, позитронной эмиссионной томографии. В рентгенологической практике, в основном, применяются 2 типа компьютерных томографов: спиральные или винтовые (spiral or helical) и мультиспиральные или мультислайсные (multi-slice).

В спиральных томографах постоянное вращение рентгеновской трубки совмещено с одновременным продольным перемещением стола пациента. При этом исследование позволяет получить информацию не в виде отдельных топографических «срезов», а объемно – изображением головного мозга, грудной клетки, др.

Возможны различные варианты многоплановых (т.е. мультипланарных – корональных, сагиттальных, косых, произвольных) и объемных реконструкций.

Если в спиральных томографах используется один или два ряда детекторов, то в мультислайсных аппаратах множественные (4; 8; 10; 16; 20; 64; ... 320) ряды этих детекторов позволяют значительно сократить время объемного сканирования и улучшить пространственную разрешающую способность изображения. На этих аппаратах становится возможным получить объем информации с использованием методики высокого разрешения. Это расширяет возможности сосудистых и кардиальных исследований, значительно улучшает качество мультипланарных и объемных реконструкций.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. Первые сообщения о применении быстрого введения контрастного препарата под давлением (2-5 мл/сек) появились в 1983 г. Тогда же была доказана безопасность одноразового введения до 180 мл 60% контрастного препарата пациентам с нормальной функцией сердца и почек. В настоящее время трансформация КТ-методик определяется стремлением исследователей к улучшению эффективности контрастирования. С появлением спиральных и мультислайсных томографов количество вводимого контрастного препарата уменьшилось, но остается достаточно большим, составляя обычно 80-150 мл на исследование.

Применение меньшего количества контрастного препарата или неправильных методик его введения приводят к серьезным диагностическим ошибкам даже при работе на новейших томографах. По нашим данным до 40% КТ-заключений оказываются ложными или недостаточно информативными, особенно в принципиально важных для дифференциальной диагностики случаях.

С этих позиций монофазные методики КТ-исследования можно разделить на сосудистые, периваскулярные и паренхиматозные.

Сосудистые исследования предполагают прямую визуализацию крупных и средних по диаметру сосудов. Для этого необходимо получение изображений максимального усиления во время первого прохождения болюса контрастного препарата по сосудам. В зависимости от поставленных задач и самочувствия пациента, исследование проводится на одной 20-30-секундной задержке дыхания или разбиваются на несколько серий с промежутками для дыхания в 5-10 сек. Время проведения исследования составляет 25-60 сек. Контрастное вещество вводится со скоростью 3-5 мл/сек в течение 20-40 сек. Отсрочка от начала введения препарата до начала сканирования определяется зоной обследования и составляет 10-30 сек. Сосудистые исследования позволяют изучить грудной и брюшной отделы аорты, сосуды дуги аорты, сосуды головного мозга, почечные сосуды, чревный ствол, верхнюю брыжеечную артерию и основные ее ветви, воротную вену. Достаточно четко визуализируется легочная артерия и ее ветви, становятся доступными изучению полости сердца и коронарные артерии. В этой связи КТ-ангиография вытесняет классические ангиографические исследования, которые практически теряют свое значение.

К периваскулярным исследованиям относятся изучение различных лимфаденопатий и оценка характера инфильтративных изменений злокачественных опухолей (головы и шеи, легких, поджелудочной железы, органов таза). Здесь с помощью спирального сканирования удается значительно сократить количество используемого контрастного препарата благодаря сокращению времени исследования. Если ранее внутривенно вводилось до 250 мл контрастного препарата, то сегодня для исследования шеи, грудной клетки, поджелудочной железы, почек достаточно 80-100 мл контраста. Скорость его введения составляет 2-4 мл/сек, время сканирования – 30-40 сек, отсрочка сканирования от начала введения контрастного препарата – 15 сек для исследования грудной клетки и 20-30 сек для шеи и живота. Исследование органов малого таза следует проводить с увеличенным количеством контрастного препарата и с большей задержкой сканирования для адекватной визуализации глубоких тазовых вен.

Паренхиматозные исследования, как следует из их названия, проводятся в фазу максимального насыщения тканей контрастным препаратом. В этот период времени различные новообразования видны наилучшим образом. При спиральном сканировании время исследования составляет 25-45 сек (в зависимости от того, сколько используется задержек дыхания). Сканирование начинается через 40-80 секунд после начала внутривенного введения 100-150 мл контрастного препарата со скоростью 2-5 мл/сек. На спиральных и мультислайсных компьютерных томографах при однократном введении удается проводить исследование в разные фазы продвижения контраста по патологическим тканям (в артериальную, паренхиматозную и в отсроченную фазы), что равносильно нескольким исследованиям. Такая мультифазная методика сканирования считается наиболее перспективной в компьютерной томографии.

ТРЕХМЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. Современные методы исследования дают возможность получать диагностическую информацию не только «в плоскости облучения», но и «всего объема зоны обследования». Соответственно, появилась возможность реконструировать мультипланарные и трехмерные изображения. В сочетании с мультифазным сканированием это дает уникальную возможность построения виртуальных моделей органов и тканей пациента, в том числе – патологически измененных. Манипуляции по архивированию, обработке данных, построению мультипланарных и трехмерных реконструкций осуществляются в центре накопления информации, на так называемой «рабочей станции» – рабочем месте современного врача-рентгенолога.

Программы обработки изображений могут обеспечивать лечащих врачей всей необходимой информацией. Например, программа трехмерной реконструкции предоставляет хирургу сведения об индивидуальных особенностях кровоснабжения органов и тканей, что имеет значение для выбора хирургического доступа и объема хирургического вмешательства. Программы трехмерных реконструкций сосудов, позволяют их идентифицировать в автоматическом режиме, определить диаметр, зоны стеноза и аневризматические расширения, др. Существуют программы виртуальной навигации по сосудам...

Подобные программы должны создаваться с участием врачей, заинтересованных в конечном результате; т.е. – получении в результате исследования ценной дополнительной диагностической и прогностической информации.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. Под контролем компьютерной томографии выполняются диагностические пункционные биопсии (аспирационные и «режущие»), дренирования полостей, местная медикаментозная и радиационная терапия, чрескожные абляции опухолей, нейролизис и различные варианты терапии боли.

Пункционные биопсии выполняются на аппаратах, снабженных режимом КТ-скопии. Манипуляции значительно упрощаются благодаря использованию автоматических пункционных игл («пистолетов»).

Манипуляции по дренированию полостей под контролем КТ достигли наибольшей эффективности благодаря высокому пространственному разрешению и точности наведения хирургического инструмента. Под контролем КТ возможно выполнять абляции опухолей практически любых локализаций и с применением различных методик (лазерной, крио- и радиочастотной). Основные направления в терапии боли под контролем компьютерной томографии предусматривают фасетные и перирадикулярные блокады, пломбировки позвонков, дискэктомии. При лечении онкологических пациентов распространены блокады цервикобрахиального и солнечного сплетений, грудного симпатического, поясничного и пресакрального симпатических стволов. По нашему убеждению малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем лучевых методов исследования дают возможность оптимизировать лечение во многих сложных случаях. Для эффективной работы необходимо создание блока из ангиографического кабинета и рентген-операционной, с наличием в нем специалистов-профессионалов, оснащенных компьютерным томографом, ультразвуковой и рентгеновской аппаратурой.

Доклад:

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тюрин И.Е.^{1,2}, Долгушин Б.И.¹, Холявка Е.Н.^{1,2}

¹Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина,
²Российская медицинская академия последипломного образования)

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) позволяет провести быстрое и неинвазивное исследование одной или нескольких анатомических областей с целью выявления острых заболеваний и ятрогенных повреждений у онкологических больных.

Методика исследования предполагает обязательное внутривенное болюсное введение рентгеноконтрастных препаратов, максимально быстрое спиральное сканирование выбранных анатомических областей, минимально возможную для данного прибора величину коллимации томографических срезов, широкое применение двух- и трехмерных преобразований для оценки полученных результатов. Рентгеновский кабинет должен быть оснащен средствами мониторинга жизненно важных функций пациента (сердечный ритм, частота дыхания и др.), подведением газовых смесей (кислород, углекислый газ, закись азота), аппаратом ИВЛ, средствами оказания первой медицинской помощи. Исследование может проводиться вне зависимости от тяжести состояния пациента, в том числе и в случаях проведения ИВЛ.

Наиболее частыми причинами проведения неотложных КТ-исследований в онкологической практике являются: подозрение на воспалительный процесс в легких и ТЭЛА, выявление гнойников в области живота и таза, нарушения кровотока по сосудам большого круга кровообращения (мезентериальный тромбоз, тромбоз артерий нижних конечностей и сонных артерий), ишемический инсульт. В последние годы, в связи с появлением новых установок для многослойной КТ (более 16 срезов за одно вращение гентри), неотложные исследования стали выполняться и для оценки коронарных сосудов, в том числе и в раннем послеоперационном периоде. Существенное значение приобретает КТ и в случаях развития острого приступа за грудиной болей у онкологических пациентов, с целью дифференциальной диагностики ИБС с расслоением стенки аорты и ТЭЛА.

Показаниями к проведению экстренной КТ являются ятрогенные повреждения, возникающие в процессе хирургического и терапевтического лечения; прежде всего – механические повреждения стенок сосудов при хирургических вмешательствах, установке катетеров, повреждения полых органов, в том числе при эндоскопических процедурах; выявление инородных тел в зоне хирургического вмешательства, приводящих к гнойным осложнениям в послеоперационном периоде; смещения, деформации металлических или иных конструкций, которые устанавливаются при ортопедических операциях.

Доклад:

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

Винникова А.В., Котляров П.М., Егорова Е.В., Шадури Е.В.
(Российский научный центр рентгенодиагностики)

Диагностика неорганных забрюшинных опухолей затруднена неспецифичностью клинических проявлений особенностями клинического течения этих новообразований. В забрюшинном пространстве наиболее часто локализуются новообразования мезодермального происхождения которые характеризуются термином «мезенхимомы» – это опухоли из жировой и соединительной ткани, гладких и поперечнополосатых мышц, лимфатических и кровеносных сосудов, др. Целью работы стало изучение семиотики неорганных забрюшинных опухолей мезодермального происхождения, определение признаков злокачественности, оценка лучевых методов медицинской визуализации в диагностике этих новообразований. Анализ результатов лучевой диагностики проведен 53 больным в возрасте 22-77 лет. Предоперационный диагноз был подтвержден пункционной биопсией под контролем УЗИ, заключительный – верифицирован при гистологическом исследовании удаленной опухоли. Мультиспиральная компьютерная томография (СКТ) выполнялась на аппарате Asteion S4 после перорального и внутривенного болюсного контрастирования, с применением мультипланарных и 3D реконструкций изображений. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводилась на МР-томографе с 1,5 Тс; применением многопроеекционного исследования в T1ВИ, T2ВИ, программ STIR, TSHIRT.

В проведенном исследовании наиболее часто выявлялись опухоли, исходящие из жировой ткани – липомы (10) и липосаркомы (13). При комплексном лучевом обследовании липомы в большинстве случаев представляли собой образования с четкими ровными контурами, гипо или аваскулярные, жировой плотности, однородной структуры, с наличием капсулы. Для липосарком было характерно многоузловое строение, неоднородная структура с наличием микрокальцинатов и зон центрального некроза, васкуляризация с визуализацией преимущественно артериальных сосудов. Необходимо отметить, что лучевая семиотика липосарком часто сходна с изображением липом, что значительно затрудняет их дифференциальную диагностику.

Фибромы – зрелые опухоли из волокнистой соединительной ткани – визуализировались при УЗИ как гипоэхогенные образования, однородной структуры, с четкими ровными контурами, без признаков кровотока при цветном энергетическом Доплеровском картировании Ц(Э)ДК. При СКТ фибромы имели вид однородных мягкотканых новообразований (плотностью 27-40 HU), с четкими ровными контурами, при МРТ характеризовались однородным МР-сигналом. После проведения внутривенного контрастирования достоверно значимого накопления контрастного препарата не отмечено.

Лейомиомы – зрелые, доброкачественные опухоли, исходящие из гладких мышц. Лучевая семиотика данных патологических изменений по результатам комплексного исследования при УЗИ, КТ и МРТ характеризовалась наличием одиночных узловых новообразований с четкими ровными контурами, неоднородной структуры за счет наличия жидкостных участков. Лейомиосаркомы – злокачественные опухоли из гладкой мускулатуры – по данным КТ определялись как многоузловые образования, с неровными четкими контурами, в 76% наблюдений неоднородной структуры за счет наличия гиподенсивных зон. После внутривенного контрастирования отмечалось повышение плотности опухолей. В случаях инфильтративного роста, МРТ позволяла более адекватно, чем КТ, оценить инвазию опухоли в окружающие органы и сосудистые структуры.

Рабдомиосаркомы – злокачественные опухоли из поперечнополосатых мышц – характеризуются высокой степенью злокачественности. При комплексном лучевом обследовании рабдомиосаркомы представляли собой опухоль неоднородной структуры, с неровными четкими контурами, с наличием зон некроза, с артериальным кровотоком внутри образования, неравномерно накапливающее контрастное вещество.

В проведенном исследовании рассмотрены также единичные наблюдения злокачественных фиброзных гистиоцитом, лимфангиом, злокачественной миксомы.

При комплексной лучевой диагностике неорганных забрюшинных опухолей мезенхимального происхождения критериями злокачественности являются многоузловое строение опухоли, неровность контуров, неоднородность структуры за счет зон центрального некроза и кальцинатов, наличие артериального кровотока в толще опухолевого узла при УЗИ, неравномерное накопление контрастного препарата при СКТ, усиление МР-сигнала после введения контраста, прорастание в окружающие органы и сосуды. К критериям доброкачественности данных патологических изменений относятся однородная структура, ровные контуры, отсутствие инвазии в окружающие структуры при УЗИ, СКТ и МРТ, аваскулярность в режиме Ц(Э)ДК, отсутствие накопления контрастного вещества или его незначительное равномерное накопление при КТ, МРТ. Таким образом, УЗИ, СКТ, МРТ являются эффективными методами диагностики неорганных забрюшинных опухолей, позволяющие успешно проводить дифференциальную диагностику новообразований.

УЗИ является достаточно точным и специфичным методом исследования и может применяться в качестве скрининга при подозрении на наличие забрюшинного образования. Метод характеризуется неинвазивностью, экономичностью, отсутствием лучевой нагрузки. УЗИ позволяет оценить локализацию опухоли, ее внутреннюю структуру, взаимоотношение с окружающими органами и сосудами, использование Ц(Э)ДК, спектрального анализа дает дополнительную информацию о кровоснабжении опухоли. Недостатками ультразвукового исследования является сложность визуализации и определения размеров забрюшинных новообразований.

СКТ является более точным и специфичным методом в диагностике забрюшинных опухолей, чем УЗИ. СКТ позволяет с большой долей вероятности определить злокачественность новообразования за счет оценки степени ее распространенности, наличия отдаленных метастазов. В большинстве случаев данный метод является основным в диагностике забрюшинных опухолей и позволяет сократить сроки обследования.

МРТ следует применять при планировании объема хирургического вмешательства в качестве дополнительного диагностического метода для уточнения природы новообразования, а также уточнения распространенности процесса на окружающие структуры.

При комплексном анализе результатов лучевой диагностики отмечены следующие показатели: чувствительность – 91,4%, специфичность – 91,7%, положительная предсказательная ценность – 96,8%, отрицательная предсказательная ценность – 80%. При комплексном использовании УЗИ, КТ, МРТ точность определения злокачественности новообразования достигает 81,6%.

ПРОВОЗВЕСТНИК



ЗАСЕДАНИЕ 557 состоится в четверг 23 АПРЕЛЯ 2009 г. в 17.00, в РОНЦ им. Н.Н.Блохина. *Повестка дня: «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ»*

АНОНСЫ ЗАСЕДАНИЙ – 2009 г.:

- ◆ **НУТРИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ** (Клинические рекомендации в проведении парентерального и энтерального питания онкологических больных)
- ◆ **ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ** (Современное состояние и перспективы применения ПЭТ в онкологии)
- ◆ **ЭНДОКРИНОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ** (Карциноидные опухоли легких. Эндокринокилеточные опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиника, диагностика, лечение, прогноз эндокринокилеточных новообразований)
- ◆ **ЮБИЛЕЙ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ (85 ЛЕТ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ)** Юбилей будет отмечен в сентябре 2009 г. В повестке дня – доклад директора РНЦРР академик РАМН, проф. В.П.Харченко с соавт. о хирургическом и комбинированном лечении больных раком легкого; доклад проф. А.Д.Каприна, проф. Г.А.Паньшина с соавт. о результатах современного лечения больных раком предстательной железы; другие доклады и сообщения. Предполагается творческая дискуссия с участием ведущих специалистов.

Заседания Общества проводятся, как правило, в последний четверг каждого месяца (кроме июля и августа). Сообщения для обсуждения на заседаниях профессионального сообщества онкологов, а также инициативные предложения новой тематики следует направлять на почтовый и электронный адреса, указанные в выходных данных Вестника Общества.

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.
Высылаются также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ
по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Ежемесячный научный журнал. Учредитель — ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| ISSN 1728-3000 9 771728 300000 | Председатель Общества | проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т./+7 495/ 324-1970) |
| | Главный редактор | Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: volkov_sm@mail.ru |
| | Зам. главного редактора | Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714 |
| | Ответственный секретарь | Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464 |
| | Секретарь-референт | Иранда Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55 |
| НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Март 2009; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 16.03.2009; Заказ 666 | | |