

чала регионарного лечения, у остальных 14 больных одновременно с началом ХЭПА-ЛНЭ. 4 пациентам после достижения резектабельности метастазов выполнено их радикальное хирургическое удаление.

Результаты. Частичный ответ, стабилизацию и прогрессирование по критериям EASL наблюдали в 37,5% ($n = 9$), 50,0% ($n = 12$) и 12,5% ($n = 3$) случаев, по критериям RECIST – в 25% ($n = 6$), 62,5% ($n = 15$) и 12,5% ($n = 3$) случаев соответственно. Умерли 22 пациента в сроки от 5 до 54 мес от начала лечения. Средняя продолжительность жизни умерших больных составила 38 мес. В настоящее время живы 2 больных (обоим было выполнено хирургическое удаление метастазов) в сроки 57 и 63 мес, при этом один из них без признаков рецидива заболевания.

Заключение. Применение современных технологий ПДКТ-контрольной химиоэмболизации с использованием ЛНЭ в сочетании с СХТ позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с нерезектабельными МКРРП.

Балахнин П.В., Поздняков А.В., Рылло А.Г., Шмелев А.С., Козырева К.С.

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНТРАСТИРОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕЛКИХ ГИПОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ ВО ВРЕМЯ МСКТ-АРТЕРИОГЕПАТИКОГРАФИИ

ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», г. Санкт-Петербург

Для визуализации мелких (≤ 10 мм) гиповаскулярных метастазов в печени (МГМП) при выполнении многослойной спиральной компьютерной томографии (МСКТ) достижение максимальной разности контрастирования (РК) между паренхимой печени (ПП) и патологическими очагами является крайне важным. Так как все метастазы в печени кровоснабжаются исключительно из артериального русла, внутриартериальное контрастирование является наиболее логичным, однако оптимальный режим контрастирования не известен и в настоящее время методика введения контрастного препарата в печеночную артерию для диагностики МГМП практически не применяется.

Цель работы – сравнить три методики внутриартериального контрастирования с использованием трехфазной МСКТ на фоне инфузионной артерио-гепатикографии (МСКТ-ИАГ) и определить оптимальный режим, позволяющий создать максимальную РК между ПП, опухолевой тканью (ОТ) и перитуморальным контрастным усилением (ПКУ), характерным для МГМП.

Материал и методы. Трехфазную МСКТ-ИАГ выполнили 22 пациентам с гистологически доказанными гиповаскулярными метастазами в печени (колоректальный рак – 18, рак легкого – 1, желудка – 1, поджелудочной железы – 1, молочной железы – 1) на

томографе SOMATOM Definition AS +128 (Siemens, Германия). В общую печеночную артерию вводили 50 мл Ультрависта-370 (Bayer, Германия) со скоростью 2 мл/с и выполняли сканирование на 10 с (артериальная фаза), 30 с (через 5 с после окончания введения контраста – капиллярная фаза) и 50 с (через 25 с после окончания контрастирования – поздняя венозная фаза). Плотность ПП, а также ОТ и ПКУ метастазов диаметром 20 мм и менее измерили у всех пациентов и вычислили РК ПП-ОТ (РК-ПП-ОТ), РК-ПКУ-ОТ и РК-ПКУ-ПП для каждой из трех фаз МСКТ-ИАГ.

Результаты. Плотность ПП, ОТ и ПКУ составила 91 ± 18 , 90 ± 38 и 120 ± 24 HU для артериальной фазы, 168 ± 84 , 139 ± 41 и 265 ± 57 HU для капиллярной фазы и 107 ± 23 , 118 ± 35 и 177 ± 45 HU для венозной фазы сканирования. При этом не выявлено статистически достоверной РК-ПП-ОТ между артериальной, капиллярной и венозной фазами (27 ± 27 , 32 ± 31 и 28 ± 15 HU соответственно). В то же время РК-ПКУ-ОТ, как и РК-ПКУ-ПП были значительно больше для капиллярной фазы в сравнении с артериальной и венозной фазами (133 ± 60 HU vs. 45 ± 26 HU и 52 ± 33 HU для РК-ПКУ-ОТ и 122 ± 42 HU vs. 32 ± 23 HU и 62 ± 35 HU для РК-ПКУ-ПП соответственно) ($p \leq 0,01$).

Заключение. Надежная топическая и дифференциальная диагностика мелких (≤ 10 мм) гиповаскулярных метастазов в печени возможна только за счет визуализации перитуморального контрастного усиления, возникающего на границе опухоль-паренхима. Капиллярная фаза МСКТ-ИАГ является для этих целей оптимальной, так как позволяет во время сканирования полностью исключить из паренхимы печени высококонтрастные артерии и в то же самое время повысить в 4 раза РК-ПКУ-ПП и в 3 раза РК-ПКУ-ОТ по сравнению с артериальной фазой. Поздняя венозная фаза МСКТ-ИАГ также может быть полезной для дополнительной дифференциальной диагностики мелких очаговых образований.

¹Балахнин П.В., ²Таразов П.Г.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИАНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ АНАТОМИИ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: АНАЛИЗ ДАННЫХ 4315 АНГИОГРАФИЙ

¹ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»; ²ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», г. Санкт-Петербург

Общепринятая классификация артериальной анатомии печени, предложенная N. Michels в 1955 г., включает в себя только 10 основных вариантов кровоснабжения, так как разрабатывалась для решения задач хирургии середины XX века. Однако в последние десятилетия в связи с интенсивным развитием хирургии печени, трансплантологии и интервенционной радиологии