

Выявленные в 7,1% доброкачественные образования – кисты визуализировались как дефект накопления РФП и ткани, окружающие кисты, не имели повышенного SUV.

Розенгауз Е.В., Нестеров Д.В.

ПЕРФУЗИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕЧЕНИ

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

При выполнении перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) поджелудочной железы в поле сканирования попадает значительный фрагмент печени, соответственно визуализируются ее вторичные изменения. Представляют интерес сравнительная оценка возможностей ПКТ и спиральной компьютерной томографии (СКТ) в выявлении и характеристике этих образований.

Цель – сопоставление особенностей визуализации и паттерна контрастирования метастазов рака поджелудочной железы в печени при ПКТ и традиционной СКТ.

Материал и методы. ПКТ проведена у 37 больных раком поджелудочной железы, с выявленными метастазами в печени. Исследование выполняли на фоне введения 50 мл контрастного вещества со скоростью 5–7 мл/с натошак, после приема 1 л негазированной воды.

С помощью метода максимального градиента измеряли скорость артериального и портального кровотока. Анализировали фоновые показатели, паренхиму печени, отдельно периферическую и центральную зоны метастазов. В качестве фона выбрано содержимое желудка. К периферической зоне метастазов относили участки, накапливающие контрастное вещество в артериальной фазе в большей степени, чем паренхима печени.

Двухфазная СКТ в дополнение к ПКТ была проведена у 13 пациентов. Сканирование выполняли на фоне введения 90 мл контрастного вещества со скоростью 4,5 мл/с в артериальную и портальную фазы. Задержки сканирования были выбраны с помощью методики Bolus Tracking.

Результаты. Выявлено 43 метастаза диаметром от 15 до 43 мм. При СКТ и ПКТ визуализировано одинаковое число метастазов. Скорость артериального кровотока в паренхиме печени составила 67 мл/100 мл в минуту, портального кровотока 251 мл/100 мл в минуту. Фоновое значения скорости кровотока составило 32 ± 13 мл/100 мл в минуту, одинаковое в артериальную и портальную фазы.

При ПКТ и СКТ во всех выявленных образованиях удалось визуализировать центральную зону.

Размеры центральной зоны, определенные при ПКТ и СКТ, статистически значимо не различались.

При ПКТ во всех выявленных образованиях удалось выявить периферическую зону. Тогда как СКТ периферическая зона определялась в 67% ($n = 29$) образований, из них в 73% ($n = 21$) в артериальной фазе, в 19% ($n = 8$) в портальной фазе и 14 ($n = 6$) в обеих фазах.

Скорость артериального и портального кровотока в центральной зоне составила 27 ± 13 мл/100 мл в минуту и 47 ± 13 мл/100 мл в минуту соответственно. Эти показатели статистически значимо не отличались от показателей фона ($p = 0,0712$).

В периферической зоне скорость артериального кровотока была статистически значимо выше по сравнению с печенью и фоном, и составляла 79 мл/100 мл в минуту. Скорость портального кровотока статистически значимо не отличалась от фоновой (45 мл/100 мл в минуту; $p = 0,4581$).

При ПКТ периферическую зону удавалось визуализировать, на протяжении 10 ± 4 с от 2–6 с начиная с появления контрастного вещества в аорте до 4–10 с начиная с появления контрастного вещества в портальной вене. В этот момент денситометрическая плотность паренхимы печени повышается на 43 ± 28 HU.

Заключение. В метастазах рака поджелудочной железы (РПЖ) можно выделить гипер- и гиповаскулярную зону. Гиперваскулярная часть имеет преимущественно артериальное кровоснабжение и может быть визуализирована в небольшой интервал времени. В отличие от ПКТ СКТ не всегда позволяет выявить периферическую часть метастаза и определить его истинные размеры.

Кровоток в центральной части метастазов РПЖ не может быть оценен с помощью ПКТ, так как не отличается от фона.

Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Троицкий А.А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ТИПУ IN SITU SPLIT У ПАЦИЕНТКИ С БИЛОБАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ФОНЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, г. Москва

Введение. Одним из вариантов хирургического решения проблемы билобарного метастатического поражения печени является выполнение двухэтапных анатомических резекций (с эмболизацией или лигированием одной из ветвей воротной вены). При этом по меньшей мере у 25% больных после лигирования или эмболизации правой ветви воротной вены ожидаемой гипертрофии не наступает и