

GIST (C-KIT позитивные) за период с 2002 по 2009 г. До лечения и затем каждые 3 мес пациентам проводилась компьютерная томография органов брюшной полости и таза на аппарате Siemens Somatom plus 4 в нативную и венозную фазы с внутривенным контрастированием «Омнипак» 100 мл. В нативную фазу оценивались плотность солидного компонента и зоны некроза в метастатических очагах, наличие и/или отсутствие в них кальцинации. В венозную фазу оценивались истинное количество метастазов, размеры очагов, степень контрастирования солидного компонента в метастатических очагах, проводилась дифференциальная диагностика метастазов и других образований в печени.

Результаты. К моменту начала лечения препаратом Гливек метастазы в печени отмечены у 34 пациента, по брюшине (брыжейка кишечника, большой сальник) – у 37 пациентов, в лимфоузлах – у 1 пациента. Всем больным назначался Гливек в дозе 400 мг один раз в сутки. Степень опухолевой регрессии оценивалась по критериям Choi (уменьшение размеров опухоли на аксиальных срезах на 10 %, снижение плотности опухоли на 15 %). В процессе лечения положительный «ответ» опухоли отмечен у 22 пациентов (42 %). КТ-признаки опухолевой

регрессии выражались в уменьшении размеров метастатических очагов – в 14 (36 %), снижении плотности и васкуляризации солидного компонента – в 12 (32 %), кистозной трансформации очагов – в 4 (11 %), уменьшении количества метастатических очагов – в 5 (13 %), появлением и/или нарастанием кальцинации в очагах – в 3 (8 %) случаях. Стабилизация процесса зафиксирована у 6 (12 %) пациентов. Прогрессирование процесса было отмечено у 24 (46 %) пациентов, что характеризовалось увеличением размеров метастатических очагов – у 21 (37 %), повышением плотности солидного компонента и васкуляризации – у 18 (31 %), появлением солидных узелков в кистозных очагах («узел в узле») – у 2 (4 %), увеличением количества метастатических очагов – у 16 (28 %). Согласно полученным данным можно отметить взаимосвязь не только между изменениями размеров опухоли, но и изменениями денситометрических показателей опухолевых очагов с ответной реакцией процесса на таргетную терапию.

Выводы. При оценке ответа на терапию препаратом Гливек у пациентов с метастатической формой GIST следует учитывать динамику обоих параметров: и размера опухоли, и ее плотности.

ОСОБЕННОСТИ КТ-МОРФОЛОГИИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

О.Н. ЧЕРНОВА, А.А. АНТОНОВ, А.С. ЗОТОВА, Е.А. НАДВИКОВА

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», г. Челябинск

Актуальность. Заболеваемость гастроинтестинальными стромальными опухолями (GIST) желудочно-кишечного тракта колеблется от 10 до 20 случаев на 1000000 в год. В России ежегодно регистрируется 1400–2800 новых случаев. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения GIST свидетельствует об отсутствии рецидивов у 10 % пациентов. Медиана времени до развития рецидива составляет около двух лет. Литература по компьютерно-томографической (КТ) диагностике данной группы опухолей практически отсутствует.

Цель исследования: выявить особенности КТ-морфологии первичных и вторичных GIST.

Материал и методы. За период с 12 мая 2009 г. по 01 февраля 2011 г. на МСКТ обследованы 46 пациентов с GIST желудочно-кишечного тракта. Все пациенты оперированы, диагноз подтвержден иммуногистохимически. Всего пациентами было совершено 102 визита в кабинет МСКТ, от 1 до 7 посещений каждым из больных. Женщин было в 3,5 раза больше, чем мужчин. Исследования выполнялись на

64-срезовых рентгеновских компьютерных томографах Aquilion 64 (Toshiba), Biograph 64 (Siemens). Всем пациентам осуществлялось пероральное контрастирование ЖКТ 1 % раствором урографина по схеме и контрастирование неионными контрастными средствами в объеме от 50 до 150 мл путем струйного или болюсного внутривенного введения со скоростью 3–4 мл/сек. Периодичность МСКТ-исследования – 1 раз в 3 мес, у пациентов с зафиксированным рецидивом, продолженным ростом GIST; 1 раз в 6 мес – у прочих. Для оценки динамики опухолевого процесса использовались критерии Choi (2007). Градиент контрастного усиления опухоли определяли путем сопоставления плотностей в нативную и венозную фазы исследования.

Результаты. Первичные GIST локализовались преимущественно в желудке – в 50 % случаев. Первичные опухолевые узлы могут быть очень больших размеров, продолжительное время не давая клиники, у 2 пациентов они достигали 20 см, не проявляя себя. Большие размеры опухоли затрудняли определение ее происхождения (в 12 случаях). Структура первичных GIST в 80 % была солидно-неоднородная, в 20% – кистозная с пристеночными мягкоткаными узлами. Метастазы GIST чаще всего локализовались в печени и по брюшине – 54 % и 29 % соответственно, в единичном наблюдении – в

надпочечнике. Поражение лимфоузлов, костей не выявлено. Метастаз GIST в печень лишь в одном случае были солитарным. Размеры метастазов в печень колебались от 5 до 140 мм. Плотность и структура метастазов при первичном обращении варьировали: солидная – у 4 пациентов; солидно-кистозная – у 6; кистозно-солидная – у 5; кистозная – у 2; одновременно наличие нескольких узлов различной структуры – у 5 больных. На фоне успешной терапии гливексом структура вторичных опухолевых узлов изменилась у 9 пациентов, в 1 случае отмечалась кальцификация узлов в сальнике. Ни в одном случае не наблюдалось снижения плотности образований при увеличении их линейных размеров.

Выводы. GIST – разнородные по МСКТ-морфологии опухоли – от однородно-солидных до однородно-кистозных. Первичные GIST чаще имеют солидно-кистозную структуру. Вторичные GIST печени – чаще солидно-кистозной и кистозно-солидной структуры, на фоне эффективного лечения – кистозно-солидной с трансформацией в кистозную. Вторичные GIST брюшины, сальника – неоднородно-солидные, на фоне лечения продолжительное время сохраняют неоднородность структуры, редко становятся кистозными, еще реже – обызвествляются.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ И РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К.Л. ШАЛЯКИН¹, И.Г. ФРОЛОВА²

ГУЗ КОКБ, г. Кемерово¹
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²

Актуальность. Опухоли головки поджелудочной железы и периапулярной области составляют 3–4 % злокачественных новообразований и 10–15 % опухолей желудочно-кишечного тракта. «Золотым стандартом» диагностики рака головки поджелудочной железы является компьютерная томография, чувствительность составляет 90–99 %, причем в 75–90 % наблюдений морфологическим вариантом рака является протоковая аденокарцинома. Аденокарцинома

головки поджелудочной железы характеризуется весьма низкой резектабельностью, которая не превышает 25–30 %, и неудовлетворительными результатами лечения, которые в основном объясняются поздней ее диагностикой.

Цель исследования: оценить чувствительность мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным контрастным усилением в диагностике рака головки поджелудочной железы.