

Цель исследования – провести анализ до- и послеоперационных данных пациентов, подвергшихся процедуре РЧА при опухолевом поражении печени, сопоставить данные чувствительности и специфичности МСКТ и ПЭТ в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Корреляционно сопоставление данных МСКТ и ПЭТ выполнено у 50 пациентов: у 17 больных с первичным неоперабельным раком печени и у 33 – с метастазами злокачественных опухолей. МСКТ выполняли на аппаратах Somatom Volume Zoom (Siemens) и Aquilion One (Toshiba). ПЭТ-исследования проводили на позитронных эмиссионных томографах «Ecat Exact 47» и «Ecat Exact High Resolution plus» (Siemens).

Результаты. Рецидивы в зоне абляции, в виде зоны локального накопления контрастного препарата при МСКТ и зоны гиперфиксации радиофармпрепарата при ПЭТ выявлены у 8 пациентов (17 %) в сроки от 2 до 34 мес. Получена полная корреляция данных обоих методов. Вместе с тем следует отметить, что

ПЭТ, обладает большей чувствительностью по сравнению с МСКТ и позволяет раньше выявлять подозрительную на развитие рецидива зону. В раннем послеоперационном периоде МСКТ обладает рядом преимуществ, т.к. позволяет визуализировать ход раневого канала и лучше дифференцировать ткани.

Выводы. Сочетание двух методов позволяет более точно диагностировать возможные рецидивы после процедуры РЧА. МСКТ обладает лучшей разрешающей способностью для оценки достаточности абляции в раннем послеоперационном периоде. Для улучшения результатов раннего выявления недостаточности абляции и дифференциальной диагностики с возможными послеоперационными рецидивами целесообразно придерживаться четкого плана до- и послеоперационного обследования, а именно, выполнение МСКТ до процедуры РЧА и в первые сутки после нее. Через месяц и позже после выполнения процедуры рационально использовать оба метода визуализационного контроля.

РОЛЬ КТ В КОМПЛЕКСЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА

И.Н. САВЕЛЬЕВ, И.Г. ФРОЛОВА, С.Г. АФАНАСЬЕВ, С.А. ВЕЛИЧКО,
С.А. ТУЗИКОВ, М.Ю. ВОЛКОВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ, М.Б. КАРАКЕШИШЕВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В настоящее время в значительном числе регионов мира, в том числе в России, рак желудка сохраняет свои лидирующие позиции в общей структуре онкологической заболеваемости. Актуальной проблемой в онкологии является повышение резектабельности больных с рецидивом рака желудка за счет совершенствования диагностики, так как операции по поводу рецидива рака желудка получили широкое распространение.

Целью исследования явилось изучение возможности различных методов лучевой визуализации и их комплексного применения в диагностике рецидивов рака желудка.

Материал и методы. Обследовано 13 больных с рецидивами рака желудка, которым проведено рентгенологическое, ультразвуко-

вое и компьютерно-томографическое исследование с учетом эндоскопической картины, в сопоставлении с операционными находками. Рецидивы рака желудка развились в срок менее 1 года – в 7 случаях, от 1 до 3 лет – в 5, через 3 года – в 1 наблюдении. По данным морфологического исследования преобладали диффузно-инфильтративный (10 случаев) и язвенно-инфильтративный (3 случая) характер роста рецидивной опухоли. Аденокарцинома выявлена у 12 больных (у 7 – низкодифференцированная, у 4 – умереннодифференцированная и у 1 – высокодифференцированная), перстневидноклеточный рак – у 1.

Результаты. При рентгенологическом исследовании органов ЖКТ с искусственным контрастированием у послеоперационных боль-

ных в большинстве случаев выявлялся стеноз отводящей петли, обусловленный сдавлением кишки извне увеличенным конгломератом лимфатических узлов. Реже выявлялся рецидив в культе диффузно-инфильтративного характера роста, подтвержденный выполнением эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта. Ультразвуковое и компьютерно-томографическое (КТ) исследование позволяло выявить рецидивную опухоль и судить о степени прогрессирования процесса. При УЗИ стенка культи желудка, из которой исходит опухолевый узел, как правило, неравномерно утолщена в зависимости от выраженности инфильтрации, пораженный участок лишен эластичности. Контуры четкие, поверхность может быть ровной при инфильтративном росте и бугристой – при смешанном. При рецидивах чаще всего имел место экзогастральный компонент опухоли, который характеризовался объемным образованием, расположенным в брюшной полости и связанным со стенкой культи желудка на ограниченном участке. Особенностью данного варианта роста опухоли является невыраженная

опухолевая инфильтрация стенки желудка и сохранение в ряде наблюдений рельефа слизистой над участком поражения, что значительно затрудняло выявление этих опухолей рентгенологически и эндоскопически. Выполненное КТ в большинстве случаев подтверждало наличие рецидивной опухоли как в культе желудка, так и в зоне анастомоза. Визуализировалась неравномерно утолщенная стенка культи или мягкой плотности объемное образование, исходящее из наружного слоя стенки культи желудка. Определялись увеличенные лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства, размерами от 15 до 30 мм.

Выводы. Анализ возможностей лучевых методов исследования показал, что данные рентгенологического метода исследования оказались информативными в выявлении рецидива в культе желудка и в зоне анастомоза. УЗИ и КТ успешно выявляла не только экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка, но и поражение лимфатического коллектора.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА САРКОМ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Л.С. САПУНОВА, С.А. ВЕЛИЧКО, И.Г. ФРОЛОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Эффективность лечения первичных злокачественных опухолей костей зависит как от ранней диагностики, так и от точности определения границ распространенности процесса. Особые трудности возникают при оценке поражения опухолью плоских костей таза, так как сложное пространственное расположение, их тесная связь со спинным мозгом, органами малого таза, сосудисто-нервными стволами и сплетениями, обуславливают повышенные требования к топической диагностике опухолей, что обеспечивается зачастую инвазивными и небезопасными методами (пункционная биопсия, хирургическая эндоскопия и др.).

Целью исследования явилось уточнение возможностей современных методов визуализации в оценке распространенности опухолей

плоских костей, что и явилось целью нашего исследования.

Материал и методы. Обследовано 59 пациентов в возрасте от 15 до 56 лет с саркомами плоских костей (40 – пациентов с поражением тазовых костей, 19 – костей крестца). Среди опухолей чаще всего встречались хондросаркома (51%), злокачественная ОБК (10,2%), ангиосаркома (10,2 %), злокачественная хордома (8,5 %), солитарная миелома (6,6 %), остальные варианты представлены в единичных наблюдениях.

Всем больным до лечения проводилось комплексное лучевое обследование, включающее в себя стандартные и специальные методики рентгенологического исследования, компьютерную томографию, ультразвуковое исследование, скintiграфию костей. Рентгенологическое