

Выводы. СКТ может быть использована в качестве контроля за эффектом консервативной терапии. Однако говорить о полном эффекте проводимого лечения при раке легкого мож-

но только на основании комплексной оценки результатов терапии с обязательным включением морфологических критериев регрессии опухоли.

ВКЛАД МНОГОСЛОЙНОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Н.Н. ВЕРЯСОВА, Д.М. КОНДРАЧУК

ФГУ РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время внедряются новые подходы в лечение местнораспространенного и метастатического рака желудка, что требует изучения их эффективности и возможностей адекватного мониторинга пролеченных пациентов.

Цель исследования: изучить вклад спиральной компьютерной томографии (МСКТ) в оценке эффективности регионарной химиотерапии у пациентов с распространенным раком желудка.

Материал и методы. За период 2009–2010 гг. внутриартериальная химиотерапия осуществлена у 22 больных (17 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 54 года) с метастатическим и местнораспространенным раком желудка. Среди них нерезектабельные формы были у 16 человек, 6 пациентов получали регионарную нео- и адьювантную химиотерапию. Гистологически опухоль представляла собой высоко- (n=6), умеренно- (n=11) и низкодифференцированную аденокарциному (n=5). Методику лечебной процедуры – химиоэмболизацию артерий, кровоснабжающих опухоль, и/или регионарную химиоинфузию в чревный ствол – выбирали после осуществления диагностической ангиографии. В случае гипervasкулярной опухоли с наличием питающих сосудов, доступных катетеризации, осуществляли их селективную химиоэмболизацию суспензией 10 мг митомидина С в 5–10 мл липиодола и химиоинфузию в чревный ствол по схеме FOLFOX в дозировке

75 % от системной. При гиповаскулярной опухоли и/или отсутствии питающих артерий выполняли химиоинфузию в чревный ствол теми же препаратами. Всего выполнено 58 процедур регионарной химиотерапии, из них 36 – с химиоэмболизацией артерий, кровоснабжающих опухоль. МСКТ выполнялась по стандартной методике до и после внутривенного контрастирования с дальнейшей реконструкцией изображений толщиной 1 мм. Всего осуществлено 89 диагностических процедур для изучения накопления химиоэмболизационной суспензии в опухоли желудка и регионарных лимфатических узлах, оценки динамики размеров первичной опухоли, метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленных метастазов. Для оценки распределения химиоэмболизационной суспензии в стенке желудка и регионарных лимфатических узлах после химиоэмболизации МСКТ осуществлялась в нативном режиме в сроки от 2 до 28 ч.

Результаты. При первичном исследовании опухоль в стенке желудка визуализирована у 18 пациентов (82 %), перигастральные лимфатические узлы, размерами более 15 мм – у 20 больных (91 %). Отдаленные лимфатические узлы определялись в 15 случаях (68 %). У 6 пациентов с отдаленными метастазами выявлены вторичные очаги в печени. Средние сроки задержки химиоэмболизационного препарата в опухоли желудка после регионарной химиотерапии составили 26–28 ч. У одной пациентки задержка липиодола в опухоли отмечалась в течение 4,5

мес. Накопление химиоасляной суспензии в регионарных лимфатических узлах отмечено в 3 случаях (8 %). Отдаленные эффекты регионарной химиотерапии оценивались в сроки 14 мес. Среди оперированных пациентов местный рецидив выявлен в 1 случае. Остальные 5 пациентов наблюдаются в сроки от 3 до 21 мес. Среди больных, получавших только регионарную химиотерапию, МСКТ позволила установить

прогрессирование заболевания в 14 случаях (89 %), что вызвало необходимость в изменении схемы химиотерапии.

Выводы. Многослойная спиральная компьютерная томография позволяет эффективно мониторировать пациентов, получающих регионарную химиотерапию по поводу рака желудка, и вносит вклад в оценку характера метастазирования в регионарные лимфатические узлы.

ЗАДАЧИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.В. ВОЛОДИНА, П.В. СВИРИДОВ, Н.Т. ПАНАРИНА

ФГУЗ КБ № 8 ФМБА России, г. Обнинск

Актуальность. В настоящее время рак предстательной железы – самое распространенное злокачественное новообразование у мужчин в развитых странах и в России. Среди причин смерти от онкологических заболеваний у мужчин старше 55 лет оно занимает второе место после рака легкого. Около 70 % пациентов в качестве радикального лечения может быть предложена брахитерапия, в особенности та её методика, которая выполняется под контролем компьютерной томографии и активно развивается в последние годы в России. Понимание задач компьютерной томографии как метода визуализации при этом является гарантией качества лечения.

Целью исследования стало определение задач КТ при брахитерапии рака предстательной железы (РПЖ).

Материал и методы. В Центре брахитерапии ФГУЗ № 8 проводится лечение локализованных форм рака предстательной железы под контролем компьютерной томографии. За весь период времени выполнено 472 операции. Компьютерно-томографическое сканирование осуществлялось на аппарате Somatom Emotion 6 (Siemens). Были определены и сформулированы задачи компьютерной томографии на различных этапах брахитерапии РПЖ.

Результаты. Согласно рекомендациям Американского общества брахитерапевтов и ESTRO брахитерапия рака предстательной железы состоит из подготовки, имплантации и

постимплантационного этапов. На всех этапах основной задачей компьютерной томографии является визуализация «лечебной мишени» (предстательная железа, семенные пузырьки) и «критических органов» (мочевой пузырь, прямая кишка) с последующим выполнением обводки их контуров для дозиметрических расчётов. Но имеются некоторые особенности. На предимплантационном этапе следует выполнять компьютерную томографию малого таза со специальной укладкой и определенными параметрами сканирования; оценивать форму и размеры простаты; определять плотность её ткани и наличие кальцинатов; оценивать внутривезикулярный компонент железы. Во время имплантации при компьютерной томографии определяют положение имплантационной планшеты, количество рядов источников; уточняют локализацию уретры; оценивают положение игл-троакаров относительно уретры и шейки мочевого пузыря; измеряют и уточняют глубину введения игл и источников; выявляют возникающие изменения в малом тазе. На постимплантационном этапе необходимо оценивать распределение источников в «лечебной мишени», их расположение по отношению к «критическим органам»; выявлять послеоперационные изменения; во время компьютерной томографии целесообразно проводить ретроградное контрастирование уретры аэрированной смесью геля и контрастного вещества для лучшей визуализации её и шейки мочевого пузыря.