

нирования является основной для диагностики рака головки поджелудочной железы при всех вариантах контрастного накопления, а портальная фаза является необходимой для оценки местного распространения на магистральные вены и оценки состояния паренхимы печени. Для диагностики рака тела и хвоста поджелудочной железы в ряде случаев достаточно проведение СКТ с контрастным усилением «от руки». При использовании СКТ с «болусным» контрастным усилением чувствительность метода в первичной диагностике рака поджелудочной железы составляет 90.0%, специфичность – 87.0%, точность – 89.2%, предсказуемое значение положительного теста – 94.7%, предсказуемое значение отрицательного теста – 77.0%.

СКТ И МРТ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Гребенев Е.А., Новиков Г.А., Карташов М.В., Усольцева Е.Е.,
Белодед В.М., Гулим А.В.
г. Екатеринбург*

Цель исследования: оценить значение спиральной компьютерной (СКТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии в первичной диагностике серозной и муцинозной цистаденомы поджелудочной железы.

Материал и методы: За период с 2001 г. по 2004 г. было обследовано 14 пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы. Всем пациентам выполнялась СКТ брюшной полости с «болусным» контрастным усилением с использованием автоматического шприц-инъектора на аппарате 3 поколения Tomoscan AVE и МРТ на магнитно-резонансном томографе Gyroscan NT с напряженностью поля 0.5T фирмы Филипс. Диагноз у всех пациентов (100%) был подтвержден при пункционной биопсии под ультразвуковым наведением или при оперативных вмешательствах.

Результаты: серозная цистаденома нами была выявлена у 3 пациентов, а муцинозная цистаденома у 11 пациентов.

Серозные цистаденомы у всех 3 пациентов локализовались в теле поджелудочной железы. Размер образований был от 39 x 44 мм до 48 x 57 мм. При нативном сканировании у 2 пациентов опухоли были представлены объемными образованиями округлой формы с четкими бугристыми контурами, однородными по структуре визуально, но неоднородными на гистограммах за счет пикообразных перепадов плот-

ности до 20 ед.Н. У одного пациента образование было представлено в виде бугристого образования неправильной формы напоминающего «гроздь винограда», жидкостной плотности (9 – 16 ед.Н) с наличием в центре «звездчатого» кальцината.

В артериальную фазу сканирования отмечалось выраженное накопление контраста множественными перегородками внутри опухоли. Образование напоминало «пчелиные соты». Такая мозаичная картина объясняется тем, что образование состоит из множественных мелких разнокалиберных кист, стенки которых хорошо накапливают контрастное вещество до 60-100 ед.Н., а содержимое кист контраст не накапливает. В порталную и паренхиматозную фазы сканирования накопление контраста перегородками образований уменьшалось, и мозаичность становилась не столь ярко выражена. Подчеркивался контур образований. Инфильтрации окружающей клетчатки и соседних органов у этих пациентов не отмечалось. Прилежащие сосудистые структуры огибали образования без признаков инфильтрации.

При МРТ в режиме сканирования T2W/UTSE серозная цистаденома визуализировалась в виде конгломеративного образования, состоящего из множества округлой формы мелких образований с однородным гиперинтенсивным сигналом различной степени выраженности. В режимах сканирования T1W/SE содержимое визуализируется с выраженным однородным гипointенсивным сигналом, характерным для серозной жидкости.

При сканировании в режиме T1W/SPiR выявляется образование с гипointенсивной структурой сигналов по сравнению с гиперинтенсивным сигналом от паренхимы поджелудочной железы и изоинтенсивной структурой сигналов по отношению к окружающей клетчатке, поэтому в этом режиме сканирования сложно оценить наружный контур образований.

Муцинозные цистаденомы в наших наблюдениях у 8 (72.7%) пациентов исходили из хвоста и у 3 (27.3%) пациента из головки поджелудочной железы и имели преимущественно экстраорганный рост. Размер образований от 48 мм до 187 мм в диаметре. Форма образований была округлая.

При нативном сканировании при СКТ опухоли были представлены у 6 (55%) пациентов одним кистозным образованием. У 5 (45%) пациентов опухоли были в виде одного большого кистозного образования с наличием дочерних кист меньшего диаметра, располагающихся вблизи капсулы опухоли. Обязательно прослеживалась толстостенная капсула. Толщина капсулы от 5 до 12 мм. Контур образований у 6 (55%) пациентов четкий и ровный, а у 5 (45%) пациентов нечеткий,

неровный. Плотность содержимого кист прослеживалась в пределах 15-30 ед.Н. Структура образования при наличии одной кисты у 5 (45%) пациентов была довольно однородна. У 1 (9%) пациента отмечалась выраженная неоднородность структуры образования за счет участков солидной плотности – до 42 ед.Н. При наличии дочерних кист отмечалась разность по плотности между дочерними кистами и основной до 8-16 ед.Н. При сканировании после контрастного усиления отмечается постепенное умеренное накопление контраста только капсулой образования и стенками дочерних кист на 10-15 ед.Н., что объясняется отсутствием выраженной капиллярной сети, как у серозных цистаденом. Содержимое кист контраст не накапливало. Подобное накопление контраста характерно и для псевдокист поджелудочной железы, поэтому для правильной постановки диагноза необходим был поиск дополнительных симптомов.

При проведении МРТ этим пациентам мы отметили наличие патогномоничных симптомов для муцинпродуцирующих опухолей. При сканировании в режиме T2W/UTSE и T2W/TSE отмечался выраженный гиперинтенсивный сигнал от содержимого кистозного образования. При наличии дочерних кист, интенсивность сигнала была различной – от умеренного до выраженного гиперинтенсивного. При сканировании в режимах T1W/SE и T1W/SPiR структура сигнала от содержимого кист также различна – от слабого до выраженного гиперинтенсивного, что связано с наличием в кистах геморрагического содержимого, муцина и детрита. Кроме этого в структуре опухоли отмечается наличие пристеночных папиллярных разрастаний с изо- или гипоинтенсивной структурой сигналов во всех режимах сканирования. Во всех режимах сканирования у этих опухолей четко прослеживается капсула с гипоинтенсивной структурой сигналов в режимах T2W и изо-гипоинтенсивной структурой сигналов в режимах T1W.

Заключение: СКТ достаточно для выявления и постановки правильного диагноза серозной цистаденомы, т.к. имеются патогномоничные признаки, но СКТ не достаточно для диагностики муцинозной цистаденомы т.к. нет характерных признаков этого вида опухоли. МРТ при серозной цистаденоме дополнительной информации об образовании, кроме характеристики содержимого мелких кист не дает и дифференциальную диагностику необходимо проводить с псевдокистой поджелудочной железы. Необходимо обязательное использование МРТ для диагностики муцинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы с целью получения патогномоничных симптомов.