

массами определяются пузырьки воздуха и способствуют накоплению контраста. Сложными в дифференциально-диагностическом плане являются гиперпластические складки, которые напоминают аденоматозные полипы. При аденоматозных полипах выявляется более выраженное деление контрастности, чем над гиперпластическими складками. При воспалительных поражениях толстой кишки и, в частности, при фангините, также отмечается утолщение стенки слепой кишки, однако при этом сохраняется нормальный внутренний рисунок кишки, гаустрация, и отсутствует значительное накопление контраста. При виртуальной колоноскопии рекомендуется использование 2D и 3D-методик с последующим проведением оптической колоноскопии.

Виртуальная колоноскопия позволяет выявлять полипы 5 мм и более, выявлять злокачественные опухоли, определять их стадию или выявлять вторичные поражения при стенозах, при затрудненном прохождении эндоскопа (фиброз малого таза, выраженный послеоперационный спаечный процесс, операции на женских половых органах).

Выводы. КТ-колоноскопия, включая КТ-виртуальную эндоскопию, высокотехнологичные методы выявления инвазивного рака толстой кишки, демонстрирующие приближающиеся к 100% показатели чувствительности и специфичности. Применение КТ может увеличить точность дооперационного выявления опухоли толстой кишки, уточнить стадию заболевания, выявить рецидив опухоли и определить эффективность проведения лучевой терапии. Предлагаемая нами методика может быть рекомендована в качестве альтернативы стандартной иригоскопии и колоноскопии, а в дальнейшем может стать «золотым стандартом» скрининговых исследований, для своевременного выявления опухолей толстого кишечника. Виртуальная колоноскопия не требует сложной подготовки пациента к исследованию и не травмирует его.

Ключевые слова: рак толстой кишки, КТ-колоноскопия, КТ-виртуальная эндоскопия.

## Методы лучевой диагностики опухолевых заболеваний поджелудочной железы

**О. С. Арбатская**

*Одесский национальный медицинский университет, Украина*

Введение. Увеличилось число опухолевых заболеваний поджелудочной железы как первичного характера, так и метастатических процессов. Используемые диагностические методы не всегда адекватны и требуют дифференциации. Наиболее достоверными способами являются методы КТ и МРТ. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Украине — 9 случаев на 100 тыс. населения. Высока летальность от рака поджелудочной железы, которая составляет от 5–8,5 случаев на 100 000 населения. 5-ти летняя выживаемость — менее 5%, в США — 4%.

Цель работы. Ознакомление широкого круга специалистов с использованием различных методик рентгенологического исследования при разнообразных опухолевых поражениях, определение методических подходов для выявления патологии.

Материалы и методы. Нами использовалась стандартная рентгенография брюшной полости, УЗИ, КТ, МСКТ, МРТ с целью оценить при КТ-исследовании поджелудочной железы вовлечение сосудов в опухолевый процесс. Исследования проведены на аппаратах УЗИ фирмы «Тошиба», 4-х срезовом спиральном КТ «ASTEIONSYPER 4» фирмы «Тошиба», МРТ — 0,35, Phillips «INTERRA» 1,5 Т. У ряда пациентов заключения были верифицированы. Большинство наблюдений подвергнуто статистической обработке.

Результаты. При подозрении на опухолевое образование стандартная рентгенография брюшной полости не позволяет выявить объемные образования. В тоже время использование возможностей КТ-диагностики позволяет получить набор признаков:

1. Неоднородное образование с размытыми контурами, практически не накапливающее контрастное вещество;
2. Обструкция и расширение Вирсунгова протока и общего желчного протока;
3. Местно-инвазивный рост с инвазией прилежащих сосудистых структур панкреато-дуоденальной зоны;
4. Метастазы в регионарные лимфатические узлы (50–55%);
5. Асцит (встречается в 60% случаев).

Заключение. Стандартная рентгенография, УЗИ, у большинства больных позволяет изучить размеры, формы, контур поджелудочной железы, выявить патологические образования (опухоль, кисты, некротические участки). Спиральная КТ с болюсным введением контраста более точно дифференцирует опухолевые образования.

Ключевые слова: опухоли поджелудочной железы, спиральная КТ, болюсное введение контраста.

## Опис клінічного випадку гепатоцелюлярної карциноми

**Д. А. Валанцевич**

*Одесский национальный медицинский университет, Украина  
deistyny@gmail.com*

Вступ. Гепатоцелюлярная карцинома (ГЦК, гепатоцелюлярный рак (ГЦР), або рак печінки, злоякісна гепатома) — один із найбільш поширених видів новоутворень печінки. Він тісно пов'язаний з циррозом різної етіології (алкогольний, вірусний, тощо). Частка ГЦК складає близько 5% серед всіх видів новоутворень через високу поширеність інфекції гепатиту В та С. Гепатоцелюлярна карцинома посідає 3-є місце за смертністю серед пухлин (після раку легень та шлунку), 5-е місце за поширеністю, і частота таких новоутворень зростає через підвищення захворюваності на гепатит С. ГЦК внаслідок інфекції гепатиту В набула найбільшого поширення в країнах Азії. В країнах Європи більшу частину займає карцинома внаслідок алкогольного пошкодження печінки. Захворювання діагностується переважно у чоловіків (75%) старших за 65 років та у дітей — друге за поширеністю первинне новоутворення після гепатобластоми. Вважається, що розвиток пухлини пов'язаний з повторенням циклів некрозу та регенерації тканин, незалежно від причини, що їх спричиняє. Також геномний матеріал вірусів гепатиту В і С сприяє накопиченню мутацій, що порушує контроль росту клітини та забезпечує інший механізм розвитку гепатоцелюлярної карциноми. Використаються наступні класифікації ГЦК:

I. Мікроскопічна — від вискодиференційованого до недиференційованого;

II. Макроскопічна: 1. масивна (одновогнищева) — велике одиначне новоутворення, може мати некроз, жир та/або кальцифікати; 2. вузлова (багатовогнищева) — декілька новоутворень різного розміру та ступеню розвитку, також може мати центральний некроз; 3. інфільтративна (дифузна) — може бути важко відрізнити від асоційованого циррозу, тому його іноді ще називають циррозо-подібним гепатоцелюлярним раком.

III. Класифікація за LI-RADS: 1. LR1 — доброякісне новоутворення — до таких відносяться кисти, гемангіоми, судинні аномалії та патології, гіпертрофічні псевдопухлини, фіброз печінки, вогнищевий склероз; 2. LR2 — вірогідно доброякісне новоутворення — до цієї категорії відносяться новоутворення LR1, якщо їх діагностика не достовірна; 3. LR3 — проміжна вірогідність ГЦК — сюди відносяться утворення, що мають лише деякі ознаки ГЦК та/або доброякісного новоутворення, в тому числі зміни щільності в артеріальну фазу; 4. LR4 — вірогідна ГЦК — декілька ознак ГЦК без зміни щільності у артеріальну фазу, або утворення накопичує у проміжну фазу та: до 10 мм і має декілька ознак ГЦК, або до 20 мм і накопичує контрастну речовину лише в капсулі без ознак інвазивного росту, або більша за 20 мм і не має ознак ГЦК;