

5. LR5 — достовірна ГЦК — має хоча б одну ознаку ГЦК та розмір понад 20 мм, або хоча б дві ознаки ГЦК та розмір понад 10 мм; 6. LR-M — утворення печінки, які мають ознаки злоякісності, але не відносяться до ГЦК (мішенеподібний абсцес тощо); 7. LR-NC — утворення печінки, для діагностики яких функціональних можливостей МРТ недостатньо; 8. LR-TIV — в разі безсумнівного посилення м'яких тканин навколо воріт печінки — є протипоказом до трансплантації печінки.

Мета роботи. Перевірка на прикладі клінічного випадку наявності кореляції між діагностикою з дотриманням стандартів LI-RADS і TNM для лікування у пацієнта без наявних ознак цирозу печінки, що збільшує можливість у прогнозуванні перебігу хвороби і пролонгує життя пацієнта.

Матеріали і методи. Пацієнт, чоловік 49 років, з довгостроковим анамнезом шлуково-кишкових хвороб, без яскраво виражених ознак цирозу печінки, якому було проведено планове КТ сканування органів черевної порожнини без контрасту, а також з контрастуванням «Омніпак-350», 120 мл з наступним скануванням в артеріальну, венозну, пізню венозну та екскреторну фази. Для дослідження отриманих даних були використані версії програмного забезпечення RadiAnt DICOM Viewer та Vesalius 3D Pro, що наявні в відкритому доступі на сайтах їх виробників. Оцінка отриманих зображень КТ здійснювалась згідно системи LI-RADS.

Результати та їх обговорення. Основні діагностичні критерії ГЦР: осередок склерозу («шрам»); капсула; жирові вclusions; кистоподібна форма, яка накопичує рідину або кров; відсутність кальцинатів. На нативних сканах було виявлено об'ємне утворення печінки близько 50 мм в діаметрі, яке мало неоднорідну щільність і розташоване в 8 сегменті печінки. В артеріальній фазі, відмічається накопичення контрастної рідини капсулою новоутворення, що досить швидко зникає. Це говорить про виражену васкуляризацію пухлини. Під час мультипланарної реконструкції (МІР) із збільшеною товщиною зрізу, було чітко візуалізовано посилені судинний малюнок. Найкраще патологію визначається в венозну фазу контрастування. На зображенні чітко візуалізується об'ємне утворення, розмірами 91,1 мм та 105,3 мм, неоднорідної структури, округлої форми, що займає VIII сегмент та частково захоплює VII. На зображеннях можна побачити наявні ознаки ГЦР: капсула товщиною 6–8 мм, нерівномірна, є ознаки інвазії у стінку черевної порожнини; в середині пухлини наявні дві перетинки більш щільні за оточуючі тканини печінки, що відповідає осередку склерозу (шраму); наявний рідкий компонент з низькою щільністю, та більш щільний рідкий компонент, який найбільш вірогідно є жировими вclusions. При подальшому дослідженні зображень було виявлено наявність сприятливого фактору — ШКХ, у вигляді трьох конкрементів в жовчаних шляхах, а також збільшення портальних лімфатичних вузлів (найбільший 16,9 мм, неоднорідний). Виявлене новоутворення за системою LI-RADS було віднесено до класу LR5. В подальшому діагноз було підтверджено операційно та гістологічно.

Висновки. За наявності ознак новоутворення печінки лікар-діагност може досить активно працювати в команді з суміжними спеціалістами, щодо управління лікуванням хворого, навіть при відсутності яскравих ознак цирозу печінки. За таких умов можливе ефективне застосування класифікації LI-RADS, яка дає більш інформації лікарям у порівнянні з TNM.

Ключові слова: гепатоцелюлярний рак, КТ, діагностика, LI-RADS, мультипланарна реконструкція.

ДВИ и ПЭТ/КТ в диагностике онкологической патологии поджелудочной железы

А. Вербицкая

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Согласно проведенному анализу литературных источников, посвященных использованию методов компьютерной томографии (КТ), диффузно-взвешенных изображений (ДВИ)

и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ/КТ) в диагностике злокачественных образований органов брюшной полости, заключения об их применении имеют неоднозначный, а иногда даже противоречивый характер. Диагностика рака поджелудочной железы, который занимает 6 место в мире по распространенности, является особенно затруднительной. До настоящего времени отсутствуют убедительные данные о вовлечении в процесс регионарных и отдаленных лимфоузлов и, в частности, в печень, а также вовлечения в процесс регионарных сосудов.

Цель работы. Изучить диагностическую возможность метода ДВИ и сравнить ее с диагностической характеристикой мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ в диагностике злокачественных новообразований поджелудочной железы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 4–64 срезовых томографах фирмы «Toshiba», магнитно-резонансных томографах (МРТ) с напряженностью поля 1,5 Тл. При применении ДВИ измерялась интенсивность сигнала и рассчитывались значения коэффициента диффузии (ИКД). ИКД представляет собой градиент кривой, которая строится при сопоставлении значений b по оси x и логарифма относительной интенсивности сигнала ткани по оси y . Значение ИКД определялись автоматически, обведя на карте область интереса. ИКД выражается в квадратных микрометрах в секунду или 10^{-3} квадратных миллиметров в секунду. Нами использовались значения $b = 50 \text{ с/мм}^2$, 400 с/мм^2 , 800 с/мм^2 . Для каждого очага определялся коэффициент диффузии (ИКД) на специальных картах ИКД. ПЭТ/КТ проводилась с использованием меченой радиоактивным изотопом фтор-18-дезоксиглюкозы (ФДГ) — метод, который позволяет визуализировать и количественно оценивать метаболизм глюкозы в опухолевой ткани.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ДВИ имеет более высокую чувствительность, чем ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ, эффективнее чем ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ для предоперационной постановки диагноза, и представляет собой дополнительный метод визуализации. ПЭТ с высокой точностью диагностирует как небольшие опухоли (< 2 см), так и метастазы, в том числе и опухолевую диссеминацию по брюшине, позволяет проводить дифференциальную диагностику между раком поджелудочной железы и воспалительным процессом, а также между злокачественными и доброкачественными опухолями поджелудочной железы (чувствительность — 85–100%, специфичность — 67–99%), значительно опережая результаты МСКТ. Недостатками метода является ряд ложнонегативных данных в случае высокодифференцированных опухолей, небольших периапулярных опухолей, а также в случаях гипергликемии. В то же время, применение ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ дает существенное преимущество в улучшении диагностики и терапевтического наблюдения за пациентами, осуществляет мониторинг реакции на лечение.

Выводы. Рассмотрены относительные преимущества методик ДВИ и ФДГ ПЭТ в постановке стадии заболевания, степени вовлечения лимфатических узлов и регионарных сосудов в злокачественный процесс, что является крайне важным для оценки операбельности опухоли поджелудочной железы.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, ДВИ, ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ.

Рак шийки матки. Сучасність підходів, кореляція стадування та управління на прикладі клінічного випадку

К. М. Дойкова, В. Соколова, О. Гриценко

*Одеський національний медичний університет, Україна
doikovaekaterin@gmail.com*

Вступ. Рак шийки матки посідає сьоме місце в числі найбільш поширених видів онкологічних захворювань серед жінок Європейського регіону ВОЗ, частка якого в структурі загальної онкологічної

захворюваності становить близько 3,8%. За розповсюдженістю в структурі поразок органів репродуктивної системи жінок з онкологічних захворювань його випереджають тільки рак молочної залози і рак ендометрія. Рак шийки матки, як і раніше, є важливою проблемою охорони здоров'я в Європі. Глибокі розбіжності в показниках захворюваності і смертності між групами населення з високим і низьким рівнем доходу в основному пояснюються різницею в поширеності інфекції ВПЛ, високі рівні якої пов'язані з низьким доступом і якістю послуг з профілактики та боротьби проти раку шийки матки. Вибір оптимального методу лікування раку шийки матки все ще становить значну клінічну проблему, в основному внаслідок недотриманості сучасних методів діагностики з урахуванням класифікації FIGO.

Мета роботи. Перевірити ефективність управління у лікуванні хворого при дотриманості FIGO, що збільшує можливості у прогнозуванні перебігу хвороби і пролонгує життя пацієнта.

Матеріали і методи. Огляд літератури та дотриманість вибору плану лікування пацієнта з урахуванням рішення Комітету з гінекологічної онкології FIGO і пов'язаних з ним організацій, перевірка переваг використання FIGO з урахуванням TMN Staging з використанням сучасних методів обстеження у динаміці.

Результати. У дослідженні маємо огляд важкого перебігу захворювання раку шийки матки у жінки 63 років протягом тривалого часу (9 місяців) з періодичним контролем МСКТ. Первинно студіювання (IVa стадії) було проведено з урахуванням рекомендацій TMN Staging, лікування проводилося з утриманням рекомендацій управління FIGO. МСКТ проводилося на одному і тому ж 64-зрізовому «Toshiba» за аналогічними протоколами для підвищення достовірності результатів. Протокол включав без контрастну, пізню артеріальну, венозну та відстрочені фази дослідження. Впродовж лікування і дослідження хворої не проводили первинне хірургічне втручання за рекомендаціями FIGO. У дослідження входили і багаторазові клінічні дослідження крові, що перед так і впродовж 3-х курсів хімотерапії і променевої терапії. Спостерігалася стабілізація перебігу хвороби, зменшення розмірів пухлини, відсутність її розповсюдження gestum та віддалені лімфатичні вузли.

Висновки. Отримані результати свідчать про ефективність управління лікуванням пацієнтів з раком шийки матки з урахування FIGO і необхідності подальшого введення цього методу в практику клініки, доводять ефективність використання візуалізації МСКТ що до контролю результатів лікування.

Ключові слова: рак шийки матки, діагностика, FIGO.

Анализ КТ при лимфолипролиферативных заболеваниях у ВИЧ инфицированных лиц

М. М. Евреинова, П. В. Торчанина

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Лучевые методы исследования играют ведущую роль в диагностике злокачественных лимфом. Они позволяют установить правильный диагноз, оценить глубину и степень распространения процесса, максимально приблизиться к нозологическому диагнозу и более точно установить стадию заболевания.

Цель работы. Определение диагностической значимости и возможностей компьютерной томографии (КТ) при неходжкинских злокачественных лимфомах (НХЗЛ) у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы. Было проведено исследование для выявления первичной локализации поражения и определение его вовлечения в патологический процесс у 56 больных с неходжкинскими злокачественными лимфомами. Средний возраст обследованных пациентов 60 лет. Исследования были проведены с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 10 лет. Стадии заболевания оценивались по принципам международной классификации (Ann Arbor, 1970). У всех пациентов заключения были гистологически

верифицированы. Исследования были проведены на 4-х срезовом компьютерном томографе «Asteyon-Super-4», 64-х срезовом КТ фирмы Тошиба. Система укомплектована рабочей станцией «VITREA-2» фирмы «VITAL IMAGES Inc.» (США). У всех больных обследовались органы брюшной полости и забрюшинного пространства. Обследования проводились многократно — до и после химио-лучевой терапии.

Результаты исследования. Первичный опухолевый очаг при НХЗЛ развивается в любом органе, содержащем лимфоидную ткань, и чаще всего, возникает в лимфатических узлах (48,2%), реже в других органах: в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) — 13,8%, в кольце Вальдейера — 9,2%, в костях — 8,6%, в коже — 7,4%, в мягких тканях — 3%. Частота экстранодальных поражений (печень, селезенка, поджелудочная железа, почки, надпочечники варьирует в широких пределах: от 4,1% до 48%). При поражении печени гепатомегалия обнаруживалась практически у всех больных обследуемой группы. У 60% больных в печени выявлены очаговые изменения. Визуализировались как единичные так и множественные гипоинтенсивные очаги различного диаметра, чаще всего, с нечеткими контурами. Плотность печени снижалась до 40—45 Ед.Н (при норме 55—60 Ед.Н). Важно подчеркнуть, что КТ позволяет выявить наиболее измененные лимфоузлы, определить их глубину, залегание и точное расположение, отношение к другим органам, что дает возможность более целенаправленно осуществлять локальную лучевую терапию, следить за ее эффективностью. Более четко КТ дает возможность выявить опухолевое поражение кишечника. Лимфома кишечника представляет собой неоднородное образование различных размеров и плотности. Она развивается из лимфоидной ткани подслизистого слоя стенки кишки, прорастает в слизистую оболочку с образованием язв и также может прорасти в серозную оболочку. Поскольку лимфома характеризуется местным инвазивным ростом, она часто метастазирует в регионарные лимфатические узлы, затем в селезенку и более отдаленные области. Высокоэффективным методом оказалась КТ при вторичном поражении надпочечников у больных с НХЗЛ.

Выводы. КТ является одним из ведущих методов диагностики неходжкинских злокачественных лимфом. Его высокая информативность позволяет рекомендовать спиральную компьютерную томографию (СКТ) в качестве основного метода диагностики пораженных абдоминальных лимфоузлов и паренхиматозных органов. Важную диагностическую информацию КТ дает при других экстранодальных локализациях НХЗЛ, в т. ч. желудочно-кишечного тракта, плевры, перикарда, легких. Применение СКТ позволяет также определить эффективность проводимого лечения (химио- и лучевой терапии). Оценивая чувствительность и специфичность данных КТ, можно отметить чувствительность в оценке состояния абдоминальных лимфоузлов равной 96%.

Ключевые слова: неходжкинская злокачественная лимфома, СКТ, ВИЧ-инфицированные больные.

Персоніфікація комплексного лікування хворих на рак шлунку

*С. І. Кіркільєвський¹, О. І. Ткаченко², А. О. Машуков²
В. Є. Максимовський²*

¹*Національний інститут раку, Київ, Україна*

²*Одеський національний медичний університет, Україна
mashukster@gmail.com*

Вступ. Рак шлунку залишається актуальною проблемою в світі через його високу поширеність і агресивність. Стабільно висока смертність характерна для раку шлунку, її рівень займає третє місце як у чоловіків так і у жінок, поступаючись лише смертності від раку легень.

Мета роботи. Поліпшити результати лікування хворих на рак шлунку шляхом індивідуалізації/персоніфікації лікування