

с АМП, выявленные в период с 1997 по 2017 год и прооперированные в Институте Матери и Ребенка в отделении хирургической гинекологии. Средний возраст пациенток составил $15,4 \pm 0,7$ (95% CI: 13.07-16.91). Всем пациенткам в комплексе диагностических мероприятий проводилось трансабдоминальное и трансректальное УЗИ. Для дифференциации типа аномалии матки у 6 пациенток ($n=6$, 37,5%) проводилась МРТ органов малого таза и брюшной полости, а КТ была проведена у 3 пациенток ($n=3$, 18,75%). Пациентки были классифицированы в соответствии с классификацией VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation, Orpelt P. et al., 2005) и классификацией ESHRE и ESGE (The European Society of Human Reproduction and Embryology and European Society for Gynecological Endoscopy classification, 2013).

Результаты исследования. В большинстве случаев, односторонняя агенезия почки была ассоциирована с синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха (uterus didelphys + obstructed hemivagina), (V2bC1U2A0MR, U3bC2V2), ($n=15$, 93,75%). Правосторонняя агенезия почки выявлена чаще, чем левосторонняя и составляет соответственно 11 (73,3%) vs 4 (26,7%), частота статистически недостоверна ($p>0.05$). В 15 случаях агенезии почки, единственная почка была расположена на стороне обструктивной гемивагины и, в этих случаях, контралатеральная почка визуализировалась компенсаторно гипертрофированной. В одном случае (6,25%) была выявлена тазовая эктопия правой почки в сочетании с полной поперечной перегородкой влагалища (V2bC1U0A0MR, U0COV3).

Заключение. Односторонняя агенезия почки является наиболее распространенной аномалией у пациенток с АМП. При радиологическом исследовании аномалий Мюллеровых протоков необходимо установить возможные сопутствующие аномалии мочевыделительной системы до проведения хирургической коррекции. Современные методы медицинской визуализации позволяют выявить особенности сочетания аномалии Мюллеровых протоков с аномалиями почек на раннем этапе диагностики и провести необходимое хирургическое лечение для восстановления менструальной и фертильной функции.

Ключевые слова: аномалии Мюллеровых протоков, аномалии мочевыделительной системы, агенезия почки, тазовая эктопия почки.

Современные подходы к диагностике рака желудка Я. О. Мальченко

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Диагностика рака желудка все еще остается актуальной проблемой в клинической практике. До недавнего времени (на 2016 г.) заболеваемость раком желудка в Украине составляла 35,6 на 100 000 населения, 5-летняя выживаемость колебалась в пределах 15%, а смертность составляла 26,7%, причем 58% больных с впервые установленным диагнозом умирает в течение первого года наблюдения. В мировом масштабе по уровню заболеваемости рак желудка переместился на 4-е место после рака легкого, молочной железы и колоректального рака, однако, по показателям смертности он остается на 2 м месте. В 2018 году летальность уменьшилась и составила 29,1 случай на 100 000 населения, при этом 5-ти летняя выживаемость уменьшилась до 12%, летальность до года увеличилась до 65,9%.

Цель работы. Исследовать современные методы диагностики рака желудка, оценить значимость стандартных методов диагностики рака желудка в клинической практике, изучить диагностическую возможность метода ДВИ (диффузно-взвешенные изображения) и провести сравнение с диагностической характеристикой мультиспиральной компьютерной томографии (МКТ) и ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ в диагностике злокачественных образований рака желудка.

Материал и методы. Для исследования были рассмотрены клинические случаи 80 пациентов со стандартным рентгенографическим исследованием. Были использованы следующие методы

диагностики: МРТ, МРТ-ДВИ, КТ, ФДГ-ПЭТ/КТ, ультразвуковое эндоскопическое исследование. Исследование проводилось с помощью МРТ с напряженностью поля 1,5 Тл. Количественные измерения были сделаны с ДВИ по измерению коэффициента диффузии (ИКД) и дробной анизотропии (ДА). Чувствительность к воде определяется градиентом диффузии b-фактора (сек/мм²). Степень диффузионных ограничений в биологических тканях коррелирует с целостностью клеточных мембран и клеточного состава тканей. ДВИ получали при значениях $b=50\text{с/мм}$. Клиническая полезность ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ зависит от патологического подтипа, но не обязательно от степени злокачественности.

Результаты. ДВИ злокачественной опухоли выходного отдела желудка лучше регистрировались при значениях $b=0$, 500, 800 сек/мм². Все желудочные опухоли в данном исследовании показали высокую интенсивность сигнала в DW-MRI и низкую интенсивность сигнала в ИКД карты. Средние величины ИКД для опухоли желудка были $0,894 \pm 0,32\text{ SD мм}^2/\text{с}$, для нормальной стенки желудка $1,448 \pm 0,33\text{ SD мм}^2/\text{с}$. Средние значения ИКД опухоли желудка были значительно ниже, чем над нормальными стенками желудка. КТ и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) рака желудка: использована флюоро-2-деоксиглюкоза (ФДГ). Через 60 мин. отмечалось максимальное накопление глюкозы над опухолью. (^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ с 2-дезоксид- ^{18}F -фтор-д-глюкозой (ФДГ) признана более полезным диагностическим методом в клинической онкологии.

Выводы. КТ должна являться обязательным компонентом комплекса лучевых и инструментальных исследований. Однако, самостоятельное применение КТ и ПЭТ/КТ нецелесообразно, поскольку это может привести к определенному числу ошибочных заключений. В целом, ДВИ лучше, чем ^{18}F -ФДГ ПЭТ/КТ для предоперационной N постановки диагноза. ПЭТ/КТ дает существенное преимущество в улучшении диагностики и наблюдения в процессе терапии за пациентами, осуществляет мониторинг реакций на лечение.

Основой своевременной диагностики рака желудка должны оставаться методы традиционной рентгеновской диагностики и эндоскопии, особенно из групп повышенного онкологического риска. Предпочтительнее начать обследование больных со стандартного рентгенологического обследования. Таким образом, на основании собственного опыта и просмотренного материала, нами не было выявлено каких-либо различий между ДВИ, КТ и МРТ изображений относительно их способности обнаружения стадий рака желудка.

Ключевые слова: рак желудка, методы диагностики, ДВИ, КТ, МРТ.

Случай из практики. Новообразование 12-перстной кишки

Е. Ю. Мирза, В. С. Зеленин

Одесский национальный медицинский университет, Украина
КНП «Консультативно-диагностический центр № 29», Одесса, Украина
КУ «Городская клиническая больница № 10», Одесса, Украина

Введение. Двенадцатиперстная кишка чаще поражается раком по сравнению с другими отделами тонкой кишки, однако заболеваемость раком двенадцатиперстной кишки низкая, составляя 0,05–3,5% в структуре злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, и не более 45% в структуре новообразований тонкой кишки. Пик заболеваемости приходится на возраст 40–60 лет. Добракачественные опухоли двенадцатиперстной кишки наблюдаются исключительно редко.

Цель работы. Уточнить рентгенологические проявления опухолей 12 перстной кишки для выявления ранних форм рака данной области.

Материалы и методы. Приведен случай из практики. Согласно данным анализа литературных источников приведены рентгенологические проявления доброкачественных и злокачественных опухолей 12-перстной кишки.

Результаты. Проведена комплексная оценка рентгенологических исследований опухолей 12-перстной кишки. У 94% пациентов

виявлен рак 12-перстної кишки на поздних стадиях. Представлена класифікація опухолей 12-перстної кишки, клінічні симптоми і рентгенологічні проявлення. Рассмотрены редкие случаи опухоли 12-перстной кишки.

Выводы. Ранний диагноз рака ДПК практически невозможен. Возникшая на слизистой оболочке кишки, раковая опухоль известное время ничем себя не проявляет и не вызывает жалоб. По мере ее увеличения, когда она начинает распространяться на большую часть кишечной стенки, суживая просвет кишки, у больного появляются различные жалобы.

Ключевые слова: опухоль 12-перстной кишки, классификация опухолей.

Особливості радіологічного стадіювання аденокарцином підшлункової залози — критерії оцінки резектабельності

М.С. Новіков

Лікарня ізраїльської онкології «LISOD»
n.novikov@lisod.ua

Вступ. Лікування протокових аденокарцином підшлункової залози (ПАПЗ) залишається тяжким завданням, впершу чергу, через властиве їм швидкісне системне розповсюдження та локальне ураження важливих судинних структур. З впровадженням нових хірургічних методик та опційної ад'ювантної терапії, радіологічна візуалізація відіграє важливу роль у визначенні групи пацієнтів з межоворезектабельним захворюванням, які могли б отримати значущі переваги при застосуванні таких методик лікування.

Мета роботи. Висвітлення сучасної бази доказових даних щодо особливостей семіотики та критеріїв радіологічного стадіювання ПАПЗ з окремим наголосом на визначенні взаємовідносини пухлинних уражень із судинними структурами, яке визначає їх резектабельність.

Матеріали та методи. Для формування огляду використані дані огляду літературних джерел (PubMed/NCBI) та архів власних клінічних та радіологічних спостережень Лікарні ізраїльської онкології «LISOD» за період роботи 2014–2019 років.

Результати. Радіологічна візуалізація для стадіювання ПАПЗ потребує як виконання певних технічних та методологічних умов (для отримання, достатнього для прийняття рішень, обсягу інформації) так і визначення певного обсягу радіологічних ознак (для формування адекватної для прийняття рішень сукупності критеріїв). З метою систематизації та упорядкування ознак та критеріїв оцінки співвідношення ПАПЗ з критичними для хірургічного втручання судинними структурами, створено декілька систем (NCCN, критерії MDAnderson центру, AHPBA/SSO/SSAT критерії, міжгрупові критерії) із різними підходами до визначення межоворезектабельної ПАПЗ. Різні установи та хірургічні групи можуть керуватися різними системами та настановами при прийнятті рішень та плануванні хірургічних втручань, тому міждисциплінарна комунікація спеціалістів променевої діагностики та хірургів повинна відбуватися на одній «мові» — за допомогою стандартизованого лексикону. Саме тому за даними доступних літературних джерел та на прикладах власних спостережень будуть продемонстровані радіологічні ознаки, необхідні для визначення критеріїв резектабельності ПАПЗ, засновані на достатній доказовій базі — такі які мають оптимальне прогностичне та предикативне значення в передопераційній радіологічній оцінці ПАПЗ.

Висновки. Розуміння ключових радіологічних дескрипторів ПАПЗ та їх важливості, особливо по відношенню до периваскулярного поширення захворювання, забезпечує необхідну інформацію для визначення стратегії лікування. Межоворезектабельна ПАПЗ є важливим поняттям через зростання відсотку пацієнтів, яким діагностують III стадію захворювання в презентації та зростання можливих лікувальних опцій для такої категорії пацієнтів. Повна та детальна радіологічна оцінка співвідношення ПАПЗ із судинними

структурами дозволяє проводити адекватне планування хірургічних втручань, а застосування стандартизованої термінології, структурованих описів та систем критеріїв оцінювання інвазій судинних структур, заснованих на доказових даних, полегшує мультидисциплінарну комунікацію, необхідну для такого планування.

Ключові слова: аденокарцинома підшлункової залози, радіологічні дескриптори, резектабельність.

Роль МСКТ, МРТ, ДВИ, ПЭТ/КТ, 3D-реконструкції і віртуальної ендоскопії в виявленні патології товстої кишки

**В. Н. Соколов, Е. С. Ситникова, Г. М. Рожковская
В. М. Цвиговский, Т. К. Дорофеева, Л. В. Анищенко
А. А. Корсун, Е. М. Дойкова, А. В. Мудрова, О. С. Арбатская
Д. В. Соколов**

Одесский национальный медицинский университет, Украина
Областная клиническая больница, Одесса, Украина

Введение. Работа посвящена диагностике рака прямой и ободочной кишки (колоректальный рак), что сегодня можно без преувеличения обозначить как проблему мирового масштаба. Приводятся возможные преимущества комбинированных методов МСКТ, ДВИ, ПЭТ/КТ в диагностике различных локализаций рака толстой кишки.

Цель исследования. Установить роль МСКТ, МРТ, ДВИ, ПЭТ/КТ, 3D-реконструкции и виртуальной эндоскопии в выявлении патологии толстой кишки, определить показатели эффективности лечения и критерии рецидивирования опухолей.

Материалы и методы исследования. Сравнивались возможности МСКТ-колонографии, ДВИ, ПЭТ/КТ и виртуальной колонографии. Этими методами обследованы 645 пациентов, в том числе 240 с подозрением на рак, 105 — с полипами. Результаты сканирования оценивались в опции Colon CT. ПЭТ/КТ проводилась с использованием меченой ¹⁸F ФДГ (2-фтордезоксиглюкоза).

Результаты. С помощью виртуальной колоноскопии обнаружено 90% полипов диаметром 10 мм и более (с такой же точностью, что и колоноскопия). Однако, колоноскопия не всегда показана и может вызвать осложнения. Чувствительность МСКТ в диагностике полипов, размером в 6 мм, составляет 90%, при проведении колоноскопии — 99%. При размерах опухолей более 1 см чувствительность обоих методов достигает 100%.

Выводы. МСКТ-колоноскопия — высокоинформативный метод выявления инвазивного рака толстой кишки, демонстрирующий 100% чувствительность и специфичность, а для диагностики полипов толстой кишки — 76%. Применение МСКТ может увеличить точность дооперационного выявления опухоли толстой кишки, уточнить стадию заболевания, выявить рецидив опухоли и определить эффективность проведения лучевой терапии. ДВИ-МРТ — информативен для обнаружения инвазии стенки толстой кишки или очень маленького отсева в брюшину.

Ключевые слова: интенсивность сигналов в серии МСКТ, ДВИ, ПЭТ/КТ, оценка метаболической активности глюкозы в опухолевой ткани.

Опыт применения компьютерной томографии в диагностике хирургических осложнений рака желудка

В. Н. Соколов, Е. С. Ситникова., М. С. Костов, А. И. Мудрова
Одесский национальный медицинский университет, Украина
КУ «Одесская областная клиническая больница», Украина
anastasya1mudrova@gmail.com

Цель работы. Выявление хирургических осложнений рака желудка для определения дальнейшей тактики ведения пациента и определения частоты их встречаемости.