

тальные ателектазы сегментов, их гиповентиляция. При внутривенном усилении образования неравномерно и умеренно усиливаются (на +10+20 ед. X.). В 75% случаев наблюдается региональная лимфаденопатия, причем могут увеличиваться и несколько отдаленные от области поражения лимфатические узлы (например, под- и надключичные лимфатические узлы, подмышечные лимфатические узлы). Однако в половине случаев это была умеренная лимфаденопатия — увеличение лимфатических узлов до 5-7-10 мм (по измерению меньшего поперечного размера). Вместе с тем в половине случаев увеличение региональных лимфатических узлов было более 10 мм в том же измерении, что не исключало (по размеру) их метастатического поражения. В трех случаях были обызвествления в лимфатических узлах. Описанная рентгенологическая (рентгенография, компьютерная томография) картина привела к тому, что в 9 случаях было высказано предположение о подозрении на новообразование, а в ряде случаев — о возможных инвазии реберной плевры, метастазировании в региональные лимфатические узлы.

Поражение правого легкого наблюдалось у 5 больных, левого — у 6 пациентов. В целом образования локализовались с поражением (распространением) на следующие сегменты: верхняя доля справа — на 2, 3, 4, 5, 6-й сегменты, средняя доля справа — на 4, 5-й, средняя доля слева — на 4, 5-й сегменты. Наблюдается явное превалирование в локализации образований в верхней и средней долях с обеих сторон. Как было упомянуто выше, образования имели круглую или овальную форму, размеры от одного до 6 см в наибольшем измерении. На КТ-срезах структура образований была неоднородной, плотностью +10+35 ед. X. В четырех образованиях были точечные обызвествления, в двух — полость распада. Контуры 5 образований были ровные, 3 — неровные за счет уплотненных вторичных легочных долек.

При магнитно-резонансной томографии грудной клетки со стороны образования определялся неоднородный промежуточный СИ на T1-ВИ, высокий — на T2-ВИ, слабое усиление ИС при внутривенном контрастировании.

При ПЭТ-исследовании мы получили положительный результат, т.е. образования имели метаболическую активность и получали свое изображение. Однако дополнительных образований в других органах выявлено не было.

При макроскопическом изучении удаленных опухолей отмечались участки уплотнения ткани легкого без четких контуров, сероватого цвета.

Микроскопически (Зарицкая В.И., Шелест О.Б.) отмечались разрастания различных элементов соединительной ткани, миофибробластическая пролиферация с различной степенью выраженности воспалительной инфильтрации лимфоцитами, гистиоцитами, встречались плазматические клетки. В 4 случаях воспалительная инфильтрация была диффузной, в остальных случаях воспаление имело очаговый характер, в одном случае — с гранулематозом и некрозом, в двух случаях — со слизееобразованием. В окружающей ткани легких отмечались участки эмфиземы, ателектазов, полнокровия, хронического воспаления.

В лимфатических узлах имела место гиперплазия во всех случаях, в одном случае — с очаговыми отложениями угольной пыли, а в одном наблюдении — с антракозом.

Выводы. Воспалительная миофибробластическая опухоль легкого или воспалительная псевдоопухоль легкого у взрослых — редкое опухолевидное образование с доброкачественным течением и хорошим прогнозом при своевременной ее диагностике и радикальном хирургическом лечении. Причинами диагностических ошибок при распознавании воспалительных псевдоопухолей легких у взрослых были субъективная неправильная интерпретация клинико-рентгенологических данных, недостаточная квалификация врачей, возможно, недоучет данных лучевых методов исследования.

По клинико-рентгенологическим данным можно заподозрить воспалительную псевдоопухоль легкого при учете наличия воспалительного процесса в анамнезе, признаков вялотекущего воспалительного процесса в легких или в других органах и системах, сниженном иммунном статусе организма пациента, наличии рентгенологических (особенно по данным ВРКТ с внутривенным усилением) признаков свежего воспалительного процесса или поствоспалительных изменений. Эту категорию больных следует обследовать по стандартам обследования больных раком легкого.

РОЛЬ ПЭТ-КТ В СТАДИРОВАНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Бабкина Т.М.¹, Новиков Н.Е.²

¹Национальная медицинская академия
последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

²Больница израильской онкологии LISOD, г. Киев

Введение. При злокачественных новообразованиях орофарингеальной области, подавляющее большинство которых составляют плоскоклеточные карциномы, одним из важных критериев распространенности процесса является вовлечение в процесс лимфатических узлов шеи, а также наличие отдаленных метастазов. Точная оценка распространенности злокачественного неопластического процесса необходима для определения наиболее оптимальной тактики лечения.

Позитронно-эмиссионная томография, комбинированная с компьютерной томографией с фтордезоксиглюкозой, меченой ¹⁸F (ПЭТ-КТ), является современным неинвазивным диагностическим методом, объединяющим структурную и метаболическую информацию и позволяющим с высокой точностью оценивать распространенность плоскоклеточных карцином орофарингеальной области благодаря их высокой метаболической активности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе больницы израильской онкологии LISOD, в отделении лучевой диагностики, с использованием ПЭТ-КТ сканера Gemini 16 производства фирмы Philips. В исследование включены 37 пациента — 28 мужчин и 9 женщин (75,6 и 24,4% соответственно), в возрасте от 45 до 78 лет. Все пациенты с гистологически подтвержденным диагнозом плоскоклеточной карциномы орофарингеальной локализации. Исследование проводилось перед началом специального лечения с целью оценки распространенности процесса, которое проводилось согласно рекомендациям Европейской ассоциации ядерной медицины. Внутривенно вводили 10,0-11,0 мКи (370-407 МБк) активности фтордезоксиглюкозы, меченой ¹⁸F; средний интервал между введением

и визуализацией составлял 65 минут. Сбор эмиссионных данных проводили в 3D-режиме, коррекция аттенуации осуществлялась по данным трансмиссионной синопаммы, получаемой при КТ. В ходе исследования осуществлялась полнодозовая КТ-визуализация с внутривенным контрастированием.

Полученные результаты оценивали как качественно, так и с помощью количественного анализа данных.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов были выявлены гиперметаболические патологические изменения, соответствующие гистологически подтвержденному первичному поражению, которые отображались в виде очагов значительно повышенного и/или асимметричного накопления радиофармпрепарата. Пораженные лимфатические узлы также выявлялись по значительному повышению накопления фтордезоксиглюкозы. В исследуемой группе больных у 62,2% (23 пациента) было выявлено вторичное поражение лимфатических узлов шеи, отдаленное метастатическое поражение было диагностировано у 10,8% (4 пациента).

Выводы. ПЭТ-КТ с меченой фтордезоксиглюкозой, благодаря высокой метаболической активности, присущей плоскоклеточным злокачественным новообразованиям орофарингеальной области, а также возможности визуализации всего тела, играет важную роль в определении распространенности опухолевого процесса, что имеет большое значение для выбора оптимальной тактики лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ

Бабкина Т.М.¹, Федусенко А.А.¹, Кориченский А.Н.¹,

Макарова Ж.Н.³, Федусенко А.А. (младший)²

¹НМАПО, кафедра лучевой диагностики, г. Киев

²Запорожский государственный
медицинский университет

³ЗМСЧ «Коммунар», г. Запорожье

Введение. Наиболее часто встречаемым доброкачественным новообразованием почек является ангиомиолипома (АМЛ). Гистологически в ее составе – сосудистая, гладкомышечная и жировая ткани. В В-режиме АМЛ выглядит чаще гиперэхогенным образованием. Однако ее акустическое изображение зависит от процентного соотношения этих тканей в опухолевом очаге. В цветовых доплеровских методиках АМЛ практически всегда аваскулярные. В то же время при УЗД небольшое количество почечноклеточных раков (ПКР) также могут выглядеть гиперэхогенными (до 30% мелких ПКР) и аваскулярными (до 22%). Необходимость дополнительных дифференциально-диагностических критериев АМЛ и ПКР при проведении УЗД является актуальным вопросом.

Цель работы. Оценка диагностических эластических характеристик АМЛ почки в режиме эластографии (сдвиговой волны — ЭСВ и компрессионной — КЭ).

Материалы и методы. Исследованы 19 пациентов с АМЛ почек в возрасте 15-69 лет. Комплексная УЗД проводилась на сканерах ClearVue 550 (Philips), Aixplorer (Supersonic, Франция), “Ультима ПА Эксперт” (Радмир, Украина). Эластография (ЭСВ и КЭ) и эластометрия (в режиме ЭСВ) выполнялись на сканерах: Aixplorer и “Ультима ПА Эксперт” с помощью конвексных широкополосных датчиков рабочими частотами 1-

6 мГц. Контрольную группу составили 17 здоровых добровольцев, у которых были оценены эластические свойства околопочечной жировой клетчатки, коркового и мозгового слоя почечной паренхимы. В качестве референтных методов у пациентов с выявленными очагами использовались: мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография (МСКТ) на сканерах Activion 16 (Toshiba), Brilliance 16 (Philips) и магнитно-резонансная томография (МРТ) на МР-томографе ExcelArt Vantage 1,5T (Toshiba).

Результаты. Взятые в анализ почечные очаги, выявленные при комплексной УЗД, имели повышенную эхогенность. Более крупные из них выглядели неоднородными за счет единичных или немногочисленных гипозоногенных включений. Размеры очагов варьировали от 6 до 48 мм в диаметре. У 6 пациентов очаги локализовались субкапсулярно, у 11 – интрапаренхиматозно, у 2 – в проекции почечного синуса. В цветовых режимах в 17 случаях очаги были аваскулярные, у 2 пациентов интранодально определялись единичные цветовые локусы с артериальными спектрограммами и нормальными доплерографическими индексами.

Проведение эластографии «области интереса» в режиме ЭСВ у части пациентов с АМЛ (4 чел.) и контрольной группы (3 чел.) представляло существенные затруднения (выбор адекватного акустического окна без дополнительной компрессии датчиком). В связи с этим не во всех случаях у пациентов основной и контрольной групп удавалось получить адекватную колоризацию в окне опроса на заданной глубине сканирования (40-75 мм).

При выполнении ЭСВ получить достаточную для анализа колоризацию удалось у 12 (63%) пациентов. В контрольной группе колоризация почечной паренхимы получена у 13 (74%) человек. Большой очаг АМЛ в области почечной пазухи колоризировался по мозаичному типу (частично). У всех пациентов с АМЛ и контрольной группы с адекватным прокрашиванием «области интереса» наблюдалась равномерная колоризация в «мягком» (сине-голубом) спектре картирования всех исследуемых структур (паранефрального жира и слоев почечной паренхимы). Использовалась шкала чувствительности ЭСВ с верхним порогом в 50 кПа. Полученные следующие эластометрические данные: жесткость околопочечной жировой клетчатки находилась в пределах 0,8-13 кПа, коркового слоя почечной паренхимы – 0,9-16 кПа, мозгового слоя – 1,9-9,5 кПа. Очаги АМЛ имели жесткость в пределах 2,2-15 кПа. Несколько более высокие показатели жесткости получены при оценке неизмененных структур чашечно-лоханочных собирательных комплексов (в пределах 13-25,5 кПа).

В режиме КЭ из обследуемых 8 пациентов с АМЛ, на фоне множественных артефактов, адекватных зональных различий патологических участков и окружающей почечной паренхимы у всей когорты обследуемых (100%) не получено.

По данным МСКТ и МРТ, у всех обследованных пациентов диагностированы АМЛ (из них билатеральный множественный процесс выявлен у 2 человек). Из анамнеза известно что оба этих больных имеют фактоматоз.

Выводы. ЭСВ выявила хорошую повторяемость получаемых результатов, дает возможность качественной и количественной оценки жесткости исследуемой почечной паренхимы. Колоризация почечных очагов