

4) пациенты с нормальной эластографической картиной, неотличимой от таковой в контрольной группе (9% всех обследованных). В двух последних группах диагностика рака предстательной железы с помощью соноэластографии вызывала большие трудности.

Выводы. 1. Ультразвуковая эластография является перспективным, благодаря его высокой чувствительности, методом диагностики злокачественных опухолей предстательной железы.

2. Эластографическая семиотика рака простаты зависит от характера и степени распространенности процесса.

3. Для компрессионной эластографии при неоплазмах железы характерно появление зоны резко повышенной жесткости на фоне здоровой ткани, а также явная асимметрия эластографической картины. Однако у некоторых пациентов эластографическая картина была неспецифичной и мало отличалась от таковой при нормальной предстательной железе у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями простаты.

4. Неспецифичность эластографической картины у некоторых пациентов (практически соответствовала нормальной железе) объяснялась наличием хронического простатита.

МЕСТО ЭЛАСТОГРАФИИ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Коробко В.Ф.¹, Никулина А.А.¹, Дыба М.Б.²

¹ГУ "Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины"

²ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины"

Вступление. Хронические заболевания печени (ХЗП) объединяют большую группу болезней как воспалительного, так и обменного характера, которые, в конечном счете, при длительном течении приводят к формированию фиброза. Ранняя диагностика этих поражений печени является актуальной задачей, стоящей перед клиницистами и радиологами, поскольку своевременно начатое лечение предотвращает развитие этого грозного осложнения. Степень выраженности фиброза, а также активность воспалительного процесса существенно влияют на такой показатель, как эластичность ткани печени. Определение показателей эластичности печеночной паренхимы позволяет оценить степень поражения гепатоцитов, а также эффективность лечения и прогноз. Следует отметить, что, по данным научной литературы, соноэластография является альтернативой пункционной биопсии и позволяет избежать инвазивного вмешательства, что особенно важно в педиатрической практике.

Цель. Определение показателей жесткости паренхимы печени у детей с ХЗП и характеристика эластографической картины на разных этапах развития патологии.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на ультразвуковом сканере "Ultima"(Радмир, Украина) с программой сдвиговой эластографии и ультразвуковом сканере ACUSON 3000 SIEMENS (Германия) с программой соноэластографии в режимах ARFI и SW. Было обследовано 48 детей с ХЗП в возрасте от 5 до 15 лет, у которых диагноз подтвержден иммунологическим методом и с

помощью пункционной биопсии печени. Контрольная группа состояла из 24 пациентов, у которых не было выявлено поражения гепатобилиарной системы. В большинстве случаев использовался линейный высокочастотный датчик с частотой сканирования 7,5 МГц. Для пациентов с избыточной массой тела применялся абдоминальный конвексный датчик с частотой 3,5 МГц. Жесткость печени оценивалась по скорости распространения индуцированной поперечной механической волны с пересчетом в модуль Юнга.

Результаты исследования. По данным исследований на сканере "Ultima"(Радмир, Украина) сповышенные показатели жесткости печени в большинстве случаев коррелировало со степенью фиброза, обнаруженного при пункционной биопсии. Однако на величину модуля Юнга также в значительной степени влияло наличие активного воспалительного процесса и обусловленная им клеточная лимфоцитарная инфильтрация печеночной ткани, а также длительность заболевания, что учитывалось при интерпретации результатов соноэластографии. В контрольной группе у пациентов с нормальной эластичностью печени модуль эластичности был равен 3,6-5,1 кПа. При своевременно начатом лечении с быстрой нормализацией показателей печеночных проб и при непродолжительном течении ХЗП соноэластограмма представляла собой однородное изображение, а модуль Юнга находился в пределах от 3,2 до 7,2 кПа. Высокие показатели АЛТ и АСТ в комплексе с повышением островоспалительных проб, как правило, сопровождались и повышенными показателями жесткости паренхимы печени в диапазоне от 5,9 до 10,8 кПа. При циррозе печени любого генеза отмечалась специфичная мозаичная эластографическая картина с модулем Юнга не менее 12,5 кПа. Показатели соноэластографии на сканере ACUSON3000 SIEMENS методом ARFI статистически не отличались от таковых при сканировании на отечественном аппарате "Ultima" (Радмир). Данные, полученные методом SW у тех же больных, были заметно выше, чем модуль Юнга при измерении методом ARFI и на приборе «Ultima» (Радмир).

Выводы: 1. Соноэластография сдвиговой волны является высокочувствительным методом для оценки жесткости паренхимы печени у детей с ХЗП и может использоваться для динамического наблюдения за эффективностью лечения, являясь альтернативой пункционной биопсии. 2. Показатели соноэластографии зависят не только от степени фиброза, но и от выраженности воспалительной инфильтрации ткани печени и длительности заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Крамной И.Е., Вороньжев И.А., Коломийченко Ю.А., Стегний В.А., Сергеев Д.В.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

Злокачественные опухоли почек у детей составляют 7-8% среди всех злокачественных новообразований человека и 25% от всех опухолей детского возраста. У детей заболевание обнаруживают преимуще-

ственно в возрасте от 2 до 5 лет, но иногда опухоли почек могут наблюдаться у детей первых месяцев жизни и новорожденных. Самой распространенной в детском возрасте опухолью почек является смешанная опухоль (аденомиосаркома) или опухоль Вильмса. Клиническая картина опухоли Вильмса имеет особенности по сравнению с опухолями почек у взрослых. Диагностика опухолей почек у детей является одной из актуальных проблем современной урологии, педиатрии и рентгенологии в связи с нарастанием частоты и трудностями дифференциальной диагностики.

Цель работы. Изучение особенностей рентгенологической картины злокачественных опухолей почек у детей при различных методах исследования.

Материал и методы. Изучены данные, полученные при проведении рентгенологического исследования 18 человек (11 мал. и 7 дев.) в возрасте от 1,5 до 9 лет, находящихся на лечении с диагнозом опухоли почки (аденомиосаркомы). Рентгенологическое исследование почек включало обзорный снимок и экскреторную урографию, компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С целью верификации диагноза всем больным проводилось полное клинико-лабораторное исследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Для исключения вторичного поражения органов грудной и брюшной полости 11 пациентам проводилась рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки (ОГК), 2 – рентгеноскопия с контрастированием пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, у 8 детей проводилась ирригография.

Результаты. На обзорных урограммах симптоматика опухоли Вильмса становится отчетливой по достижении опухолью больших размеров. На нашем материале в 55,6% случаев при правосторонней локализации процесса в проекции правой почки отмечалась однородная тень средней интенсивности со смещением петель тонкой и толстой кишок влево и вниз. При левосторонней локализации аденомиосаркомы (33,3%) определялось смещение петель кишечника вниз и вправо, деформация газового пузыря желудка и оттеснение его вверх и латерально. У 11,1% исследованных диагностирована двусторонняя опухоль Вильмса, которая на обзорных урограммах проявлялась однородным интенсивным затемнением в проекции обеих почек, смещением петель кишечника вниз, деформацией газового пузыря желудка и оттеснением его вверх.

На экскреторных урограммах отмечались признаки деформации и разрушения чашечно-лоханочной системы. При односторонней локализации опухоли (88,9%) вначале отмечалось оттеснение, смещение, раздвигание чашечек и лоханки, затем, в более поздние сроки, определялось укорочение, уплощение, деформация чашечек и лоханки с последующей их ампутацией. Для двусторонней опухоли Вильмса (11,1%) была характерна ампутация малых и больших чашечек; сдавление, изгиб, смещение кнутри верхней трети мочеточника.

При КТ опухоли Вильмса определялась в виде низкоплотного образования, с деформацией и смещением почечной паренхимы. Наличие кальцификатов в опухоли отмечалось у 16,7% пациентов. Увеличение парааортальных лимфатических узлов и узлов ворот почек было выявлено в 27,8% случаев. У 22,2% больных по данным КТ отмечалась инвазия нижней полой вены.

Метастатическое поражение опухоли Вильмса в легкие в виде узловатых теней по данным обзорной рентгенографии и КТ ОГК отмечалось у 16,7% детей. По данным КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в 11,1% случаев диагностированы метастазы в печень и в противоположную почку. У 1 пациента определялись остеолитические метастазы в кости таза.

Нередко опухоль Вильмса приходится дифференцировать от внепочечной опухоли забрюшинного пространства, в частности нейробластомы, при которой тоже наблюдается сдавление, смещение и раздвигание элементов чашечно-лоханочной системы. Однако при нейробластоме, в отличие от опухоли почки, на ранних стадиях развития не отмечаются разрушения и ампутации чашечно-лоханочной системы, мочеточник смещается не кнутри, а кнаружи.

Выводы. Таким образом, рентгенологические методы исследования являются одними из ведущих в диагностике опухолей почек у детей, позволяют достоверно исключить данное заболевание и провести дифференциальную диагностику с другими опухолями. Компьютерная томография является наиболее информативной из рентгеновских методик исследования и позволяет судить о размерах, форме, контурах, макроструктуре опухолей почек, а также о состоянии соседних органов и их взаимоотношениях с почками.

СУЧАСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВУЗЛОВИХ МАСТОПАТІЙ

Крахмальова А.С., Головки Т.С., Крахмальова Л.П.
Національний інститут раку, м. Київ

Актуальність. Відомо, що доброякісні новоутворення збільшують ризик розвитку раку грудної залози в 3-5 разів, а вузлова мастопатія з проліферацією епітелію – в 30-40 разів. Виявлення вузлової мастопатії з проліферацією епітелію як передракового захворювання грудних залоз (ГЗ) та пошук критеріїв ранньої діагностики передракових станів принципово важливі в структурі онкологічної захворюваності. В Україні рак ГЗ посідає перше місце.

Метою роботи є вивчення можливостей сучасних технологій променевої діагностики з використанням новітніх методів візуалізації, які дозволяють виявити вузловий фіброаденоматоз грудних залоз.

Матеріали та методи. За період з 2013 по 2016 рік. у Національному інституті раку було обстежено 703 жінки віком від 20 до 60 років. Комплексне обстеження включало клінічний огляд, рентгенологічні та ультразвукові дослідження (УЗД) з доплеро- і еластографією, магнітно-резонансною томографією (МРТ) з контрастним підсиленням. Верифікація діагнозу проводилась взяттям матеріалу тонко- та товстоголковою біопсією, під контролем УЗД, а також за допомогою стереотаксичної приставки Giotto.

Результати. Вузловий фіброаденоматоз ГЗ був встановлений у 319 пацієнок. Визначені найбільш характерні рентгенологічні ознаки вузлового фіброаденоматозу: чіткі (46,2%), нерівні контури (73,1%) неправильна форма (61,2%), неоднорідна структура (74,6%) за рахунок переваги залозистого (55,2%) чи фіброзного компонентів (23,9%), розміри від 1 см до 2 см (32,8%), відсутність реакції з боку оточуючих тканин (94%). При