

ному дослідженні. Категорії відповіді на лікування: повна відповідь (CR), часткова відповідь (PR), прогресування (PD), стабілізація (SD).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати СКТ були інформативними щодо анатомічної локалізації осередків у печінці, але мали місце випадки неточностей позапечінкового поширення уражень (7,9% ХП та 10,8% ХН результатів). Результати чутливості СКТ складали від 60 до 90% для печінкового поширення. Показники точності анатомічних вимірювань осередків у печінці в межах похибки вимірювань складали 1–3 см, що не позначилось на результатах подальшої оцінки ефективності лікування. Зміна розміру пухлини визначена у 75% при контрольних дослідженнях, після ПХТ розцінена як позитивний індикатор відповіді на лікування.

Аналіз щільності пухлини при контрастуванні в артеріальну фазу підсилюється по периферії пухлини, що свідчить про активний неангіогенез. Зменшення щільності при контрольних дослідженнях та зменшення гіперденсної зони периферії пухлини корелює із позитивним ефектом лікування (дія препарату на зону неангіогенезу). Зміну ширини гіперденсної зони навкруг осередка визначено у 51,8% спостережень після першого курсу ПХТ, у 71,7% – після другого, у 85,5% після третього курсу ПХТ. Зменшення щільності основної маси пухлини в портальну фазу корелює з некрозом (29,9%) чи кістозною дегенерацією (17,7%) без зміни розміру пухлини, що може бути розцінено як позитивний ефект лікування.

Кількісна оцінка невимірних уражень була неможливою, але загальне збільшення їх обсягу корелює із збільшенням розмірів вимірних осередків, але не є достатнім для трактування прогресування або для відміни лікування.

Висновки. СКТ із підсиленням є на сьогодні оціночним методом ефективності ПХТ злоякісних пухлин печінки. Застосування тільки метричних даних недостатньо, доцільно визначити морфологічні зміни, не пов'язані із зміною розмірів, для оцінки відповіді на лікування. RECIST – офіційний оціночний критерій оцінки відповіді на лікування.

ЩО НОВОГО В ПРОМЕНЕВІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ

Лаврик Г.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Сучасні методи візуальної променевої діагностики є на сьогодні достатньо чутливими та специфічними для констатації наявності злоякісних новоутворень печінки. Для планування обсягу операції чи застосування консервативних методів лікування важлива повна інформація про поширеність пухлинного процесу.

Мета. Визначити ефективність застосування методів променевої діагностики у визначенні поширення пухлинного процесу, плануванні, оцінці результатів лікування пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки.

Матеріали та методи. Проведено комплекс променевих методів (УЗД/СКТ/МРТ) досліджень, проаналізовано результати у пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки. Результати досліджень співставлено з морфологічною верифікацією біопсійного/операційного матеріалу.

Результати та обговорення. У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів новоутворення в печінці. Встановлено найбільш специфічні ознаки вузлового (59,3%), багатовузлового (28,3%), дифузного (12,3%) характеру, зниженої (78,5%), підвищеної (13,3%), анехогенної (7,9%) неоднорідної структури. Визначено наявність значущих гемодинамічних порушень (75,7%) артеріального кровотоку печінки, портальну гіпертензію (83,3%). За характером контрастування уточнено специфічні ознаки: дифузну гіперденсну (27,3%) або неоднорідну знижену (72,7%) щільність пухлини, визначено варіант живлення, інвазію у венозне (34,8%) русло, оцінено стан судин басейну ВВ (34,8%), печінкових (51,5%) та НПВ (13,7%) вен, уточнено варіанти судинної анатомії печінки (54,5%). При моно/білобарному (75%) ураженні визначено тип контрастування незміненої паренхіми з гіпер- (32,5%), гіпо-денсними (87,9%) осередками. Результати СКТ та МР-перфузії дозволили оцінити пухлинний ангіогенез. Застосування МР-холангіографії дозволило дані про залучення жовчних проток та визначення рівня обструкції.

Висновки. Застосування комплексу променевих методів дослідження з доповненням новими методиками дозволило виявити та уточнити поширеність пухлинного процесу в печінці, спланувати обсяг лікування, оцінити ефективність та спрогнозувати подальший перебіг хвороби.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТОЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Лимарев С.В.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

Основной причиной заболеваемости и смертности на фоне ВИЧ-инфекции являются оппортунистические болезни легких (более чем в 50%), особенно пневмоцистоз. Рентгенологический метод является наиболее объективным и основным при постановке правильного диагноза.

Целью исследования явилось выделение клинико-рентгенологических вариантов течения пневмоцистоза легких у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДОМ.

Материалы и методы. Изучены данные рентгенологического исследования (рентгенограмм в прямой и дополнительных проекциях) органов грудной клетки 58 ВИЧ-инфицированных и больных СПИДОМ в возрасте от 18 до 60 лет. Диагноз был верифицирован полным клинико-лабораторным исследованием, в т.ч. и путем иммуноферментного анализа и определением антигенов *Pneumocystis jirovecii*, динамическим наблюдением и у умерших на вскрытии.

Результаты. Тщательное изучение рентгенограмм позволило констатировать отсутствие рентгенологических изменений у 5,2% пациентов. Рентгенологические проявления пневмоцистоза легких выявлены у 94,8% исследованных и зависели от степени выраженности иммуносупрессии, остроты течения болезни и т.д.

В зависимости от характера выявленных рентгенологических изменений нами разработана следующая группировка вариантов течения пневмоцистоза легких у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДОМ:

1) сосудисто-интерстициальный вариант; 2) очагово-сливной вариант; 3) диффузно-интерстициальный вариант; 4) полостной (с наличием булл и полостей); 5) фиброзный.

Заболевание практически у всех больных на рентгенограммах начиналось с изменений легочного рисунка в виде его усиления с наличием выраженной периваскулярной инфильтрации, муфтоподобного утолщения, больше в базально-медиальных отделах с обеих сторон. У 3,4% больных в результате своевременного назначения адекватной терапии изменения в легких на этой стадии были приостановлены (сосудисто-интерстициальный вариант).

При прогрессировании патологического процесса к изменениям легочного рисунка присоединялась инфильтрация легочной ткани. Вторым и наиболее частым вариантом течения заболевания, который нами наблюдался, был очагово-сливной вариант. Данный вариант характеризовался появлением отдельных полиморфных очаговых теней, местами сливающихся между собой на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка. Данная картина носила двусторонний характер с преобладанием в средних и базальных отделах (50% пациентов).

У 13,8% диагностирован третий рентгенологический вариант течения пневмоцистоза легких. Он характеризовался выявлением на рентгенограммах участков инфильтрации высокой и средней интенсивности, в большинстве случаев распространяющихся от ключицы до диафрагмы. Их интенсивность по направлению к базальным отделам чаще снижалась и местами была неоднородной за счет отдельных полиморфных участков меньшей интенсивности. При неэффективности либо отсутствии специфического лечения размеры инфильтратов увеличивались, они сливались один с другим, тени их становились более интенсивными.

Четвертый вариант изменений в легких (полостной, с наличием булл и полостей) был обнаружен у 19% пациентов, характерным для него было выявление единичных участков просветления размерами от 5 мм до 23 мм в диаметре на фоне высоко- и среднеинтенсивных участков инфильтрации.

Фиброзный вариант течения пневмоцистоза легких (пятый вариант) наблюдался у 8,6% пациентов. Выявлялся он у больных с наиболее тяжелым, особенно затяжным течением заболевания, а также у пациентов с рецидивирующим течением пневмоцистоза легких. На рентгенограммах характеризовался выявлением участков фиброза и фиброзных тяжей с преобладанием в средних и нижних легочных полях.

Результатами проведенных исследований выявлены отдельные особенности рентгенологического течения пневмоцистоза у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Практически у всех больных даже при очень тяжелом течении заболевания рентгенологические изменения не распространялись на верхушки легких и интенсивность инфильтрации существенно снижалась в наддиафрагмальных отделах.

Выводы. Проведенные исследования позволили выделить пять рентгенологических вариантов течения пневмоцистоза легких у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, что позволит врачам-инфекционистам в дальнейшем при проведении лечения учитывать рентгенологические варианты течения и корректировать терапию для предотвращения развития осложнений у данных пациентов.

ОСОБЛИВОСТІ РЕГІОНАРНОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ ГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ ЗА ДАНИМИ КОМПЛЕКСНОЇ МДКТ

Логаніхіна К.Ю.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМНУ», м. Київ

Вступ. Останнім часом спостерігається підвищення рівня смертності на рак глотки (РГГ) — грубий показник зріс із 3,9 до 4,0 на 100 тис. населення у 2013-2014 рр., відповідний показник для раку гортані (РГ) за цей же період хоча і дещо знизився із 3,2 до 3,1 на 100 тис. населення, та все ще лишається високим. Тож актуальним є підвищення ефективності методу вибору діагностики даних нозологій, у т.ч. і їх метастазів (mts) — мультидетекторної комп'ютерної томографії (МДКТ). Відповідно, семіотика регіонарних mts РГ та РГГ потребує уточнення та перегляду.

Мета. Визначити особливості метастазів раку гортані та глотки за даними МДКТ.

Матеріали та методи. Обстежено 205 пацієнтів віком від 25 до 70 років із морфологічно верифікованим РГ, РГГ на 640-зрізовому комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion One; із внутрішньовенним контрастуванням (Томоскан-370, 100-120 мл), зона сканування — від основи черепа до діафрагми. Комплексна МДКТ передбачала проведення функціональних проб, ангіо- та перфузіографії.

Результати. Із 205 хворих із РР, РГГ mts у регіонарній шийній лімфатичні вузли (ЛВ) виявлені у 62,4% (128 осіб), із них у 38 (18,5%) осіб — із раком носоглотки, у 32 (15,6%) осіб — із раком ротоглотки, у 30 (14,6%) осіб — із раком гортаноглотки, у 28 (13,7%) осіб — із раком гортані. У переважній більшості хворих (19 осіб) на рак носоглотки mts були білатеральними із локалізацією у задньошийній групі ЛВ; при раку ротоглотки (16 осіб) — із локалізацією у підщелепних ЛВ та ЛВ парафарингеального простору; при раку гортаноглотки (22 особи) — із локалізацією у верхніх яремних ЛВ; при РГ (15 осіб) — із локалізацією у яремній групі ЛВ. Ангіографія дозволила уточнити співвідношення mts з оточуючими структурами для планування подальшого лікування, перфузіографія — підрахувати кількісні показники пухлинного кровотоку, що було особливо важливим при малих розмірах mts, визначити їх чіткі межі на тлі перитуморального набряку.

Висновки. Визначені особливості регіонарних метастазів раку гортані та глотки за даними МДКТ, вперше виділені кількісні показники наявності метастатичного процесу у ЛВ при РГ, РГГ.

РОЛЬ МДКТ У ДІАГНОСТИЦІ СІАЛОАДЕНІВ У ДОРОСЛИХ

Логаніхіна К.Ю., Козаренко Т.М.

ДУ «Інститут ядерної медицини

та променевої діагностики НАМНУ», м. Київ

Вступ. Сіалоаденіти (С) є запальним процесом [3], при якому калькульозна форма зустрічається частіше, ніж некалькульозна [4]. Симптоми ураження слинних залоз (СЗ) можуть бути проявом інших нозологій [1, 2], у тому числі і новоутворень, тому важливою є диференційна діагностика. Найчутливішим променевим методом діагностики С є мультидетекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) [8]. Усе вищенаведене зумовлює необхідність удосконалення комплексної семіотики С.