

Окремо кожен із вищезазначених методів є високоінформативним, але водночас, і вузькоспецифічним.

MPT та КТ мають високу роздільну здатність і надають детальну анатомічну та структурну інформацію стосовно виявленої патології, але обмежені в можливостях оцінки її функціональних характеристик та метаболічної активності, які можна візуалізувати під час проведення ОФЕКТ або ПЕТ. Недоліком сцинтиграфічних нейровізуалізаційних методів є низька просторова розподільна здатність діагностичних зображень. Очевидним вирішенням зазначених недоліків стала методика інтеграції даних цих методів.

Мета. Підвищити ефективність діагностики продовженого росту пухлин головного мозку за рахунок застосування методики співставлення зображень ОФЕКТ/МРТ.

Матеріали та методи. Нейровізуалізаційні (ОФЕКТ, МРТ), патогістологічні дослідження, програмне забезпечення для формування ретроспективної інтеграції даних неровізуалізаційних зображень.

Серед опрацьованих даних 21-го дистанційно проведеного дослідження ОФЕКТ та МРТ головного мозку в пацієнтів із гістологічно верифікованим продовженим ростом церебральних пухлин було визначено показники чутливості, специфічності та точності кожного методу окремо та після застосування методики інтеграції даних з урахуванням структурної неоднорідності елементів неопластичного процесу, після чого було проведено кореляцію між отриманими даними. Також на прикладі найбільш показових випадків проведено аналіз діагностичних можливостей, що відкриваються із застосуванням даної методики.

Результати дослідження. У 21 пацієнта дослідження проводились у динаміці після лікування з метою діагностики продовженого росту пухлин або визначення малігнізації утворень. Серед них у 16 пацієнтів спостерігався продовжений ріст гліом, у 3 – метастатичних пухлин та в 1 – анапластичної гемангіоперіцитомі. Ще в 1 випадку були діагностовані зміни, характерні для лікувального патоморфозу утворення високого ступеня анаплазії.

У всіх випадках за даними ОФЕКТ та/або МРТ були виявлені постопераційні зміни, вогнищеві та об'ємні новоутворення головного мозку, після чого були встановлені середні показники чутливості, специфічності та точності МРТ і ОФЕКТ, які склали 100, 50 та 90% відповідно за даними обох методів окремо.

Показники чутливості, специфічності та точності методики інтеграції ОФЕКТ/МРТ з урахуванням даних гістологічних досліджень та структурної неоднорідності компонентів патологічного процесу у визначенні продовженого росту склали 93, 20 та 76% відповідно.

Показники кореляції даних методів ОФЕКТ та МРТ окремо, з методикою співставлення їх томографічних зображень склали 7% до чутливості, 30% — до специфічності та 14% — до точності.

Результати проведених досліджень свідчать про високу інформативність методики інтеграції даних ОФЕКТ/МРТ у діагностиці продовженого росту пухлин і доцільність її рутинного застосування з метою найбільш повного відображення структурної неоднорідності неопластичних процесів та чіткої дифе-

ренціації життєздатної пухлинної тканини від інших патологічних змін у структурі оперованих ділянок головного мозку.

Висновки. Комплексний, всебічний підхід у діагностиці продовженого росту пухлин головного мозку із залученням новітніх інструментальних методів, зокрема методики аналізу даних мультимодальних зображень, отриманих шляхом ретроспективної інтеграції дистанційно проведених досліджень ОФЕКТ/МРТ, дозволяє отримувати максимально деталізовані та точні діагностичні дані, що суттєво впливають на подальшу тактику лікування.

МСКТ И МРТ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ

Коломийченко Ю.А.^{1,2}, Вороньжев И.А.¹, Егоркина О.В.²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

²Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, г. Харьков, Украина

Вступление. Миастения — заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью скелетных мышц. На сегодняшний день проблеме миастении уделяется достаточно большое внимание врачами многих специальностей, о чем свидетельствуют научные работы, которые появляются в неврологии, хирургии, акушерстве и гинекологии, а также анестезиологии. Трудности в диагностике и постановке правильного диагноза, а также проведение дифференциальной диагностики отмечаются как у клиницистов, так и у врачей-диагностов.

Целью данного исследования было проанализировать и выявить изменения средостения при миастении, определить частоту и влияние диагностических признаков на выбор метода лечения.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов. Возраст пациентов от 13 до 78 лет, средний возраст — 45 лет. Всем пациентам выполнено мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки, 3 пациентам дополнительно проведена магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования. У 22 пациентов (59,5%) отмечена норма — жировая клетчатка не изменена, вилочковая железа не визуализировалась. У 15 (40,5%) пациентов в верхнем этаже средостения визуализировалась вилочковая железа как мягко-тканной плотности (~ 38-42НУ), так и у 3 (8,1%) — с выраженной жировой дегенерацией, а также с различной степенью выраженности жировой дегенерации у 7 (18,9%) пациентов, у остальных пациентов — мягкотканной структуры.

У 4 пациентов — ярко выраженная тимомегалия; 2 пациента имели мягкотканые образования размерами до 5 см; у одной пациентки отмечалась вилочковая железа, но размеры находились в пределах нормы, структура неоднородная за счет гиподенсного очага размером до 7 мм.

При проведении контрастного исследования патологических очагов накопления контрастного вещества не обнаружено.

Магнитно-резонансная томография проведена 3 пациентам как дополнительный метод обследования, отмечалась более четкая ее дифференциация от окружающей жировой клетчатки, что позволило уточнить ее размеры.

Все пациенты были разделены на три основные группы, учитывая методику лечения: 1) 59,5% пациентов, вилочковая железа не отмечалась и жировая клетчатка в передневерхнем средостении была изменена; 2) у 4 пациентов отмечена тимомегалия, еще у 3 пациентов наличие образований — рекомендация к проведению оперативного лечения; 3) остальные пациенты имели вилочковую железу различных размеров, как правило, в пределах возрастной нормы и степеней жировой дегенерации.

При более тщательном анализе пациентов 3-й группы установлено, что их средний возраст составлял 30 лет. У 62,5% пациентов 3-й группы прослеживалась вилочковая железа, у 37,5% — не прослеживалась, но жировая клетчатка была тяжистой.

Изменения жировой клетчатки у пациентов 1 и 2-й групп, в том числе при отсутствии визуализации самой вилочковой железы, достоверно ($p < 0,001$) отличались от 3-й группы, также наблюдалось достоверное ($p < 0,01$) отличие между пациентами 2 и 3-й групп между собой, корреляционная связь между изменениями клетчатки и соотношением к группе лечения сильно выражена (0,73).

Выводы. На основе полученных данных подтверждено, что увеличение вилочковой железы является не единственной причиной миастении. Тимомы и образования вилочковой железы являются показаниями к проведению оперативного вмешательства. Структура вилочковой железы может быть разной: от мягкотканной до практически полностью жировой. Наличие изменений жировой клетчатки в типичном месте можно использовать для выбора метода лечения.

КТ-ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград
(Димитров), Украина

Основными методами лучевой диагностики опухолей, располагающихся в области височной кости, являются компьютерная томография (КТ) и МРТ, информативность которых составляет 80–90%.

Цель исследования. Изучение КТ-картины опухолей с экспансивным, литическим, деструктивным и склеротическим типом поражения, различными векторами роста новообразований; возможностей диагностики степени распространения опухоли на соседние структуры черепа.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности компьютерной томографии в диагностике опухолей среднего и внутреннего уха.

Результаты. КТ позволяет выявить костную деструкцию, распространение, а также варианты развития среднего и внутреннего уха, которые

могут иметь важное значение при выполнении операций. В области пирамиды височной кости чаще всего встречаются доброкачественные опухоли: невриномы, фибромы, гемангиомы, гломусные опухоли, менингиомы, остеомы. Из злокачественных опухолей чаще выявляются рак, саркома, рабдомиосаркома, кроме того, возможны вторичные изменения структур среднего, внутреннего уха и поражение височной кости при прорастании злокачественных новообразований из носоглотки. Знание особенностей строения височной кости, основных анатомических ориентиров и векторов роста новообразований позволяет выявить признаки опухолей различной локализации и характера.

В лекции рассматриваются вопросы вовлечения лабиринтных структур, а также обсуждение вопросов дифференциальной диагностики основных видов опухолей (менингиомы, шванномы, параганглиомы, рабдомиосаркомы, гистиоцитоза, гигантоклеточных опухолей, опухоли эндолимфатического мешка, хондросаркомы и других) с воспалительными изменениями, проявлениями системных заболеваний, сосудистыми структурами, вариантами развития височной кости, изменениями неопухолевого характера. Определение тактики дальнейших методов диагностики (КТ с внутривенным усилением, МРТ).

Выводы. Знание особенностей КТ-картины новообразований височной кости позволяет в большинстве случаев установить правильный диагноз. КТ височной кости позволяет определить алгоритм дальнейшей тактики ведения пациента при новообразованиях среднего и внутреннего уха. Использование мультимодального подхода значительно облегчает задачу дифференциальной диагностики.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград
(Димитров), Украина

Плоскоклеточный рак является наиболее распространенной злокачественной опухолью гортани.

Цель исследования. Краткий обзор анатомических структур и шейных пространств. Изучение КТ- и МРТ-картины поражения отделов гортани в соответствии с критериями TNM-классификации, уточнение локализации (надскладочный, складочный, подскладочный отдел гортани; вовлечение гортаноглотки и глоточно-пищеводного перехода), определение размеров первичного образования (определяет объем и область облучения), степени распространения опухоли по пространствам шеи, выявление вторично пораженных лимфоузлов.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности методов лучевой диагностики при опухолях гортани.

Результаты. 80-95% больных раком гортани составляют мужчины в возрасте 40-65 лет. Подавляющее число больных раком гортани являются злостными курильщиками. Задача лучевой диагностики состоит в выявлении опухоли и стадировании процесса в соответствии с TNM-классифи-