

MPT є діагностичним методом, при якому відсутнє променеве навантаження, який поєднує в собі переваги просторового огляду, високу роздільну здатність, дозволяє локалізувати, оцінити кількість і розмір утворень сечового міхура, стан паравезикальної клітковини, оточуючих структур, черевної стінки та лімфовузлів, уточнюючи поширеність пухлини та залученість у процес навколишніх органів. При контрастуванні підвищується інтенсивність магнітно-резонансного сигналу від пухлинної тканини, а м'язовий шар стінки сечового міхура довше, ніж тканина пухлини, залишається гіпоінтенсивним, що дозволяє розмежувати інвазивні та неінвазивні форми раку сечового міхура. Більшістю авторів відзначена висока точність методу — до 96%, що на 10-33% вище, ніж при КТ-стадіюванні.

**Мета роботи.** Оцінити можливості MPT у діагностиці м'язово-неінвазивного раку сечового міхура.

**Матеріали та методи.** У ретроспективне дослідження включено 86 пацієнтів віком від 21 до 86 років, середній вік складав  $(65,0 \pm 14,3)$  року. Пацієнти проходили обстеження та лікування на клінічній базі кафедри урології та нефрології ОНМедУ – відділеннях урології № 1 і № 2 КУ «МКЛ № 10» Одеси в період з 2010 по 2015 рік. Всім хворим були виконані загальноклінічні обстеження, ультразвукове дослідження сечової системи у 100% хворих на апаратах різних класів, КТ сечової системи з контрастуванням на апараті (Somatom Definition AS) у 45% пацієнтів, а MPT органів таза на апараті (Philips Achieva 1,5T XR) у 55% випадків. У дослідженні брало участь 58 (67,4%) чоловіків і 28 (32,6%) жінок. Основною групою пацієнтів були хворі зі стадією T1 – 82 (95,3%); група Ta була представлена 3 (3,5%) пацієнтами, а комбінація T1 і Tis була виявлена в 1 (1,2%) хворого. У більшості пацієнтів верифіковано одне новоутворення, що спостерігалось в групі дослідження у 76 (88,4%) пацієнтів, два новоутворення було в 6 (7%) хворих, а понад дві пухлини – у 4 (4,6%) пацієнтів. Розмір новоутворень також коливався, але у своїй більшості складав до 2 см – 67 (78%) пацієнтів, від 2 до 4 см – 16 (18,6%) пацієнтів, понад 4 см – 3 (3,4%) хворих. Діагностична чутливість УЗД складала 76%, КТ – 82%, MPT – 94%. Головні проблеми з верифікацією новоутворень при УЗД було розташування останніх у зоні трикутника Льюто, шийці сечового міхура, також за неможливості адекватного наповнення сечового міхура. При КТ-дослідженні були допущені неточності у зв'язку з малим розміром новоутворення, коли утворення було до 1 см, чи при локальному дифузному ураженні сечового міхура. З недоліків MPT-дослідження хотілось би виділити тривалість дослідження, епізоди клаустрофобії у пацієнтів, також велике значення мала кваліфікація лікаря-рентгенолога.

MPT найбільш точно дозволила розмежувати інвазивні та неінвазивні форми раку сечового міхура, верифікувати утворення менше ніж 1 см, точну кількість пухлин, визначити межі пухлини та звернути увагу на локальні дифузні зміни сечового міхура, також велике значення мала можливість проведення дослідження у хворих із порушенням функції нирок. Методом вибору для діагностики раку сечового міхура, оцінки ефективності лікування є MPT з напругою магнітного поля  $\geq 1,5$  Т.

Таким чином, знахідка утворення сечового міхура є необхідним, але недостатнім для проведення та планування адекватного лікування хворого та потребує широкого обстеження, що дає можливість радикально видалити пухлину, запобігти рецидивам захворювання та максимально збільшити виживаність хворих на РСМ.

### ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕЙРОКОЖНЫХ СИНДРОМОВ

Ситникова Е.С., Олиевская И.П.,  
Бомба А.Д., Олиевский Е.П.,  
г. Одесса, Украина

**Цель.** Определить место лучевой визуализации в диагностике нейрокожных синдромов.

**Материалы и методы.** Исследования проводились на низкопольном MPT 0,36 Т (i-Open 0,36 Т, Wandong, Китай) и высокопольном MPT 1,5 Т (Vantage Atlas 1,5 Т Toshiba, Япония), компьютерных томографах HiSpeed/dual, Bright Speed Elite(GE, США), Aquilion 64 (Toshiba, Япония). Обследовались пациенты на базе Одесской областной больницы и рентгенодиагностического отделения Медицинского дома Odrex.

**Результаты.** Нейрокожные синдромы характеризуются часто аутосомно-доминантным типом наследования, широкой вариабельностью клинических проявлений, даже в пределах одной семьи, вовлечением в патологический процесс различных органов и систем, прогрессирующим течением и риском осложнений в виде прогрессирующего опухолевого роста и высокого процента злокачественного перерождения опухолей, приводящих к летальному исходу. Несмотря на чрезвычайную актуальность рассматриваемой проблемы, диагностика факоматозов остается недостаточно ранней. Как показывает наш опыт, а также опыт наших коллег, лучевая диагностика занимает одно из ведущих мест в выявлении больных с нейрокожными синдромами и способствует своевременному оказанию им паллиативной помощи, в том числе и хирургической, с целью продления жизни больных и улучшения качества их жизни. Практически все опухолевые проявления нейрокожных синдромов нами были выявлены впервые с помощью лучевых методов диагностики, что в дальнейшем позволило предположить у больного наличие факоматоза и поставить правильный диагноз. Высокотехнологичные методы лучевой диагностики использовались также для определения характера, локализации и распространенности поражения, дифференциальной диагностики опухолевого роста при факоматозах с другими заболеваниями.

**Выводы.** Диагностика факоматозов является трудной задачей и требует мультидисциплинарного подхода. Своевременное поставленный диагноз с использованием современных методов визуализации позволяет определить дальнейшую тактику ведения больных, а также провести медико-генетическое консультирование для снижения риска рождения детей с неизлечимыми и тяжелыми прогрессирующими нейрокожными синдромами с неблагоприятным прогнозом.