

опухолевых процессов, сложность в оценке морфологии крупных образований, затруднения в выявлении метастатического поражения тазовой брюшины, что суммарно определяет низкую специфичность исследования.

Компьютерная томография характеризуется низкой тканевой контрастностью при исследовании органов малого таза и наличием лучевой нагрузки, что существенно ограничивает возможности данного метода в дифференциальной диагностике образований яичников. Для оценки внутренней структуры образования при КТ требуется дополнительное введение йодсодержащих контрастных препаратов, что увеличивает риск нефрогенных осложнений, а также реакций гиперчувствительности.

Высокопольные МР-системы на сегодняшний день позволяют получать изображения внутренних половых органов женщин с высоким пространственным разрешением и непревзойденной тканевой контрастностью. Обдуманная комбинация импульсных последовательностей и системный анализ полученных данных позволяют в короткое время провести исследование и определить как морфологический тип, так и потенциал роста объемного образования, а в ряде случаев предположить гистологический тип опухоли.

Целью доклада является обзор дифференциально-диагностических критериев доброкачественных и злокачественных новообразований яичников в каждой из базовых морфологических групп (простые кисты, сложные кисты, кистозно-солидные и солидные образования) на основании данных магнитно-резонансной томографии.

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Хурдцидзе Г.¹, Шармазанова Е.П.¹, Демидова Е.А.²

¹Харьковская медицинская академия
постдипломного образования

²Университетская клиника ОНМУ

Вступление. Патология пульпы и верхушечно-го периодонта относится к числу наиболее частых причин потери зубов с нарушением функции жевания и развитием зубоальвеолярных деформаций. Одним из основных условий успешного эндодонтического лечения являются подробные сведения о морфологии корневых каналов (КК). Как известно, рентгенологические методы исследования – единственный объективный способ неинвазивно изучить морфологию, оценить качество обработки и пломбирования КК.

Цель работы. Оценить возможность обнаружения анатомических особенностей корневых каналов моляров обеих челюстей посредством конусно-лучевой томографии.

Материал и методы. Проанализированы данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) 26 пациентов, направленных на обследование по различным причинам: планирование эндодонтических вмешательств, планирование имплантации, контроль проведенного лечения.

Проводили изучение следующих параметров: таксономию зуба, количество и расположение корней, количество КК в отдельном корне. В качестве

нормы анатомического строения зубов мы приняли данные, указанные в атласе Р.Д. Синельникова (1996): верхние моляры имеют по три корня, нижние моляры и верхние премоляры – по два, нижние премоляры, клыки и резцы обеих челюстей имеют один корень; в каждом корне имеется один канал, за исключением нижних первых и вторых моляров.

Результаты исследования. В общей сложности было обследовано 798 зубов, из них соответствовали норме 581 (72,8%), имели дополнительные корневые каналы и различные варианты их строения 217 (27,2%).

Наибольшее число отклонений от нормы строения корневых каналов наблюдалось в группе моляров, а именно 18, 28, 38 и 48-й зубы. При анализе 18-х зубов (20 наблюдений) было выявлено, что соответствовали нормальному анатомическому строению 5 (25%) зубов, 15 (75%) имели дополнительные КК; при наличии мезиобуккального корня в 15% выявлялось наличие двух дополнительных КК. При анализе 17 28-х зубов всего лишь 5 (29,3%) зубов соответствовало анатомической норме. У 12-ти остальных выявлены следующие отклонения от нормы: наличие одного корня с тремя КК (35,3%), одного корня с наличием единственного КК (11,8%), наличие трехкорневого зуба с двумя каналами в мезиобуккальном корне (11,8%).

В 48-м зубе норма отмечена в 43,5% случаев, аномалии строения – в 56,5%. В 38-м зубе нормальное строение КК установлено в 39,2%, аномалии – в 60,8%.

При детальном изучении группы премоляров на верхней челюсти наиболее выраженные изменения строения КК наблюдались в 15-х и 25-х зубах. В 15-х зубах (всего 24 зуба) – 10 (41,7%) зубов соответствовало норме, в 14 (58,3%) случаях было выявлено 2 КК. При обследовании 25-х зубов (всего 24 зуба) 9 (37,5%) из них соответствовали норме, 15 (62,5%) из них имели 2 КК в одном корне.

Отсутствовали аномалии развития и варианты строения во фронтальной группе зубов верхней челюсти (13, 12, 11, 21, 22, 23), и также в 45-х и 35-х зубах.

Выводы. Конусно-лучевая томография является информативным методом лучевой диагностики для выявления вариантов и аномалий строения корневых каналов. Наибольшее количество отклонений от нормы было выявлено в группе моляров; наименьшее количество отклонений от нормы – во фронтальном сегменте верхней челюсти.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЛАНИРОВАНИИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ. КТ-ВОЛЮМОМЕТРИЯ

Чуканов А.Н.

*Лечебно-диагностический
центр «Омега», г. Киев*

Вступление. Совершенствование хирургической техники, анестезиологического пособия и послеоперационного ухода позволяют чаще выполнять большие и предельно большие резекции печени. Сосудистая инвазия, центральное расположение опухоли и большие размеры поражения перестали

быть абсолютными противопоказаниями к выполнению хирургических вмешательств такого объема.

Цель. Изучить роль мультidetекторной компьютерной томографии в предоперационном планировании на печени.

Материалы и методы. МДКТ выполнялась в медицинском центре «Омега-Киев», на компьютерном томографе Brilliance-64 фирмы Philips. Обязательными условиями исследования пациентов были: мультифазное санирование с внутривенным болюсным введением контрастного вещества (ультравист-370, томогексол-350) со скоростью введения 4-5 мл/с. В последующем выполнялась обработка полученных первичных данных на рабочих станциях Philips с использованием приложения Liver segmentation с вычислением общего объема печени, объема опухолевого поражения, долевого, секционная и по сегментная волюметрия, сосудистая анатомия с последующим выполнением 3D-моделей.

Результаты исследований представлены в виде КТ-изображений и 3D-моделей в конкретных клинических случаях обследованных пациентов.

Выводы. Точное знание локализации поражения, сосудистой анатомии, предоперационное определение объема остающейся паренхимы позволяют рационально планировать оперативное вмешательство на печени исходя из соотношения прогнозируемой пользы и риска от того или иного лечения. Междисциплинарный подход при подготовке и выполнении обширных резекций печени позволяет уменьшить хирургический риск и открывает дальнейшие перспективы развития хирургической гепатологии, в частности, для более обоснованного использования резекции и трансплантации печени.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ СОЧЕТАНИИ РАКА И ТУБЕРКУЛЕЗА

Шаповалова В.В.¹, Спужак Р.М.²

*¹Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

*²Харьковский национальный медицинский
университет*

Вступление. Интерес к сочетанию рака и туберкулеза приобрел важное клиническое значение в связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией в Украине, а именно: с 1995 года объявлена эпидемия туберкулеза; происходит «омоложение» и реструктуризация легочного туберкулеза в сторону прогрессирующих форм; рак легких занимает ведущее место среди других злокачественных новообразований и является первопричиной смертности у мужчин (каждый 20-й мужчина умирает от рака). Кроме этого, у больных туберкулезом рак легких развивается в 10,9 раза чаще, чем у остальных групп населения. При развитии хронических заболеваний легких у пациентов с туберкулезом риск легочной онкопатологии повышается в 16 и более раз (Chin-Yi Chen, 2010). По данным разных источников, сочетание составляют от 0,3 до 18% всех случаев рака легких и около 16-20% случаев туберкулеза.

Рак легких у больных туберкулезом и с метатуберкулезными изменениями диагностируется в III-IV стадиях даже при диспансерном учете. По данным

Kim (2011), диагностика рака легких у больных туберкулезом задерживается на 6-9 месяцев.

Цель исследования. Изучение проблемы взаимосвязи между двумя этиологически разными заболеваниями — раком и туберкулезом легких (обзор литературы и собственные наблюдения).

Методы исследования:

- Рентгенологическое исследование ОГК, в том числе МСКТ ОГК;
- бактериоскопия мокроты и промывных вод бронхов;
- цитологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов (5-6-кратное);
- бронхоскопия с биопсией (при центральном раке);
- бронхоскопия с ТББ или ТТП (при периферическом раке);
- морфологическое (цитологическое и/или гистологическое) исследование материала из легкого;
- радиоизотопное исследование с туморотропными РФП: ⁶⁷Ga-цитрат; ^{99m}Tc (-MIBI; -(V)DMSA; -тетрафосмин; -MAA);
- ПЭТ/КТ с ¹⁸-FDG.

Теории патогенеза сочетанной патологии – туберкулеза и рака легких:

1) это два независимых, параллельно протекающих процесса; 2) наличие некоего антагонизма и разобщения в течении этих заболеваний; 3) все хронические воспалительные процессы в легких, осложненные склерозом и циррозом, в том числе и туберкулез, являются благоприятным фоном для развития злокачественных опухолей

Клинико-морфологические группы сочетанной патологии:

- I. Сочетание туберкулеза с центральным раком:
 - 60% — плоскоклеточный рак;
 - 22% — аденокарцинома;
 - 18% — низкодифференцированный рак.
- II. Сочетание туберкулеза с периферическим раком:
 1. Рак в рубце:
 - 53,6% — аденокарцинома;
 - 25% — недифференцированный рак;
 - 21,4% — плоскоклеточный рак.
 2. Рак в каверне: плоскоклеточный рак.
 3. Рак из туберкулом: аденокарцинома.

Клинические периоды сочетания рака и туберкулеза:

- бессимптомный;
- выраженных симптомов рака или туберкулеза;
- метастатический (может быть единственным признаком неопластического процесса).

Типы рентгенологических проявлений при сочетанном поражении легких туберкулезом и раком (А.Е. Рабухин):

I тип: появление в зоне стационарных, или регрессирующих, туберкулезных изменений новой одиночной изолированной крупноочаговой или фокусной тени неправильной округлой формы;

II тип: возникновение в зоне активного туберкулезного процесса или вне его на неизменном участке легкого тени округлой формы или апневматоза, которые не уменьшаются в размерах при противотуберкулезной терапии и регрессе туберкулезных изменений;

III тип: присоединение к неактивным метатуберкулезным изменениям или активному туберкулезу: