

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:

1) признаков нарушения бронхиальной проходимости (гипопневматоза, гиперпневматоза или ателектаза сегмента, доли или легкого); 2) нарастающих перибронхиальных, интерстициальных или стелющихся по междолевой плевре уплотнений, исходящих из корня легкого; 3) одностороннего увеличения и уплотнения корня легкого.

IV тип: появление выраженного асимметричного утолщения стенки туберкулезной каверны с полипобразными бугристыми разрастаниями в просвете или в перикавернозной зоне в отсутствие выраженного перифокального воспаления и диссеминации.

Выводы. Сочетанная патология рака и туберкулеза встречается чаще, чем рак легких без сопутствующих заболеваний.

Особое значение следует уделять профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний у больных туберкулезом и ХОЗЛ.

Наличие бессимптомной фазы усложняет своевременную диагностику, поэтому выявление биомолекулярных онкомаркеров, вероятно, показано у всех больных с хронической патологией легких (скрининг рака легкого).

ОСОБЛИВОСТІ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОМУ СПОНДИЛІТАХ ЗА ДАНИМИ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ

Шармазанова О.П.¹, Дереш Н.В.²

¹Харківська медична академія

післядипломної освіти

²ДЦ «Омега», м. Київ

Вступ. Типовою радіологічною моделлю спондиліту є контактна деструкція суміжних хребців із залученням міжхребцевого диска та формування паравертебрального абсцесу. Пацієнтам з полісегментарними ураженнями хребта, наявністю паравертебральних абсцесів, важким ступенем кіфозу та стійким неврологічним дефіцитом показані оперативні втручання: дренивання, декомпресія тощо. Патоморфологічно абсцеси при туберкульозному та неспецифічному (піогенному) спондилітах принципово відрізняються. Це викликає інтерес до вивчення їх клінічних та радіологічних особливостей на етапі виявлення та диференційної діагностики з метою визначення лікувальної стратегії та вибірки пацієнтів для оперативного втручання.

Мета. Вивчити особливості паравертебральних абсцесів при туберкульозному (ТС) та неспецифічному спондилітах (НС) за даними променевих методів діагностики.

Матеріали та методи. Аналіз історії хвороб, променевих зображень пацієнтів із спондилітами, що проходили діагностику та лікування у відділенні кістково-суглобового туберкульозу Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2008-2016 рр. Відібрана група дорослих пацієнтів із 42 чол. з паравертебральними абсцесами, з них 28 (67%) чол. з тубспондилітом, 14 (33%) чол. з неспецифічними, викликаними золотистим стафілококом та синьогнійною паличкою. Променеві методи, що використовувались для візуалізації, – рентгенографія у 2 проєкціях, мультиспіральна комп'ютерна томографія (КТ) і магнітно-резонансна томографія

(МРТ) з використанням стандартних послідовностей T1W, T2W, STIR, вибірково DWI та з довшим контрастним підсиленням. Проводились клінічні, бактеріологічні та патоморфологічні паралелі. Аналіз літератури.

Результати досліджень та їх обговорення.

Тільки рентгенографії хребта недостатньо для виявлення й оцінки паравертебрального абсцесу, оскільки при маленьких розмірах та відсутності звапнень він може не виявлятися. Також рентгенограма не дозволяє однозначно трактувати паравертебральну тінь як абсцес, адже її морфологічним субстратом може виявитись і пухлинна маса, і конгломерат лімфовузлів, гематома, аневризма тощо. КТ та МРТ дозволяють оптимально охарактеризувати паравертебральний абсцес та виявити його радіологічні відмінності: в класичному варіанті (в 23 чол. 82%) ТС абсцес на КТ був щільної консистенції у вигляді гетерогенної, переважно солідної маси з включеннями кальцію, без чітко сформованої капсули, що формувался на рівні зруйнованих тіл хребців та поширювався «напливав» каудально, контрастне підсилення вмісту мало або невиражене; на МРТ мав гетерогенний гіпо-ізоінтенсивний сигнал на T1W, гіпер-ізоінтенсивний на T2W та STIR з випадінням сигналу в зоні кальцинатів. У всіх спостереженнях (100%) туберкульозний абсцес виявлявся за наявності кісткових деструкцій. При таких абсцесах встановлення дренажу було малоефективним, був потрібний більш широкий доступ.

У класичному варіанті (85%) НС абсцес на КТ мав вигляд рідинного колектора підвищеної щільності + 10 +25 HU із капсулою, патогномонічним було виявлення пухирців газу (за винятком абсцесів після дренивання), на МРТ – вміст абсцесу мав характеристики сигналу високобілкових рідин з обмеженням дифузії на DWI (характерно для гною), після контрастування відмічалось виражене підсилення капсули. У більшості спостережень (78%) абсцес при НС дебютував раніше за кісткові деструкції, невидимих рентгенологічно чи на КТ. З одного боку це можна виділити як особливість НС, з іншого, — це пояснювалось більш вираженою клінічною експресією та раннім зверненням пацієнта, а відповідно, і виявленням. Також особливістю при НС було поширення абсцесів не тільки каудально, але й краніально на значній відстані від ураженого сегменту під зв'язками хребта та епідурально – в літературі це пояснюють високою протеолітичною активністю піогенних бактерій, що сприяє швидкому залученню в процес хрящів, зв'язок та м'яких тканин незалежно від гравітації. НС абсцеси добре роздреноувалися.

Діагностичною дилемою була характеристика ТС абсцесу у ВІЧ-пацієнтів (в 4 чол., 14%), специфічний процес в яких перебігав у вигляді ексудативно-некротичного варіанту, тому він, як і при НС мав рідинний компонент, поширювався на значущі відстані від місця кісткових деструкцій. Мали місце грибово-бактеріальні міксти.

МРТ мала вищу чутливість та специфічність, порівняно із КТ. У декількох випадках НС були виявлені на КТ паравертебральні абсцеси без видимих деструктивних змін у хребцях та дегенерованих дисках, що не дозволяло впевнено діагностувати спондиліт. Тоді як МРТ дозволила з впевненістю стверджувати, що паравертебральний абсцес — прояв