

ментом компьютерной диагностики является выявление метастазов в легкие на более ранних этапах развития. Ранние метастазы в легкие при раке молочной железы оценивались в интервале до 1 года с момента установления диагноза рака молочной железы, и к поздним метастазам отнесены метастазы в легкие в интервале свыше 1 года. Ранние метастазы в легкие отмечались в 58,4 % наблюдений, поздние метастазы – в 41,6% наблюдений. Было выявлено, что наиболее часто при ранней диссеминации в легкие метастазы носят множественный характер – 78,3 %, при поздних метастазах множественное поражение встречается реже – 38,6 %. Благоприятный прогноз имеет ограниченный характер поражения в легкие, солитарные метастазы в поздние сроки метастазирования отмечаются наиболее часто – в 40,6 % наблюдений, в ранние сроки они встречаются в 15 % случаев ($p < 0,05$). Чувствительность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке метастатического поражения в легкие при раке молочной железы составили 88,2, 95,1, 87,6 % соответственно.

Компьютерная томография является методом выбора при установлении поражения внутригрудных лимфатических узлов, так как на сегодняшний день рентгенологическое исследование в оценке состояния лимфатического аппарата практически не используется. Чувствитель-

ность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке состояния бронхопульмональных лимфатических узлов довольно низкие – 58,8 % и 63,1% соответственно. В оценке компьютерной томографии при определении метастазов рака в лимфатических узлах средостения получены следующие данные: чувствительность – 59 %, специфичность – 91 %, точность – 85 %. Чувствительность компьютерной томографии в оценке распространенности опухоли на средостение и прорастание плевры составляет 72,3 %, специфичность – 34 %, точность – 57,6 %, при рентгенологическом исследовании – 31,2, 33,3, 31,4 % соответственно.

Выводы. При диагностике метастазов рака молочной железы в легкие необходимо комплексно применять все методы лучевой диагностики. Только на основании результатов комплексного обследования можно предположить локализацию, размеры и количество метастазов, а также определиться с планом лечения, так как ни один из методов лучевой диагностики не обладает абсолютной чувствительностью, специфичностью, точностью, а являются взаимодополняющими. Длительное наблюдение за больными с периодическим выполнением компьютерной томографии по несколько раз в год (через каждые 2–3 мес) позволило нам проследить возникновение, развитие и течение указанных форм метастазов.

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

А.В. АРАБЛИНСКИЙ, Ю.В. СИДОРОВА

ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

Перед специалистом по лучевой диагностике при обследовании пациентов с заболеваниями надпочечников стоят следующие задачи: уточнение изменений надпочечников при различных эндокринных заболеваниях; оценка объемных образований надпочечников у пациентов со злокачественными опухолями различной локализации: дифференциация случайно выявленных образований надпочечников у пациентов, не имеющих патологии эндокринной системы или онкологического анамнеза.

Приступая к оценке изменений надпочечников, необходимо обращать внимание на их размеры. Обычно оцениваются три размера надпочечника и толщина его ножек. При использовании лучевых методов диагностики возможно выявлять следующие патологические процессы:

Гиперплазия и гипоплазия надпочечников, которая встречается при болезни Иценко–Кушинга и первичном гиперальдостеронизме, синдромах Кушинга и Кона.

Опухоли гормонально-активные (альдостерон- и кортизонпродуцирующие аденомы, адреногенитальная аденома, феохромоцитома) и гормонально- неактивные (аденома, миелиопома, киста, метастазы, аденокарцинома и др.).

У 70–80 % больных с синдромом Конна выявляется гиперплазия надпочечников, а у 20–30 % – гормонально-активная аденома. У 85 % больных с синдромом Кушинга имеется гиперплазия надпочечников, у 10 % – кортизонпродуцирующая аденома, у 5 % – адрено-кортикальный рак (чаще размером более 5 см). Среди гормонально-активных опухолей коры надпочечников наиболее часто встречаются альдостерон- и кортизонпродуцирующие аденомы.

Альдостеронпродуцирующие аденомы (альдостеромы) характеризуются низкой (около 0 ед. Н) плотностью, однородной структурой без включений кальцинатов. После внутривенного болюсного контрастирования отмечается их контрастирование только в артериальную фазу с быстрым «вымыванием» контрастного вещества. До внедрения в клиническую практику механических инъекторов для болюсного контрастирования ошибочно считалось, что отсутствие контрастирования опухоли является одним из характерных признаков альдостеромы. Альдостеромы практически не бывают злокачественными.

Кортизонпродуцирующие аденомы (кортикостеромы) характеризуются мягкой (20–40 ед. Н) плотностью. Структура их при больших размерах может быть неоднородной, но без включений кальцинатов. Реакция на болюсное контрастирование схожа с таковой альдостеромы, однако не отмечается столь бы-

стро «вымывания» контрастного препарата в венозную фазу.

Среди опухолей мозгового слоя надпочечников наиболее часто встречается феохромоцитома, имеющая мягкотканую (20–40 ед. Н) плотность. Структура при больших размерах может быть неоднородной и, в отличие от кортикостером, с включениями кальцинатов. Опухоль интенсивно накапливает контрастное вещество после в.в. усиления.

Гормонально-неактивные аденомы встречаются у 1 % здоровых людей, при размерах более 2 см могут оказаться злокачественными. Реакция на в.в. контрастное усиление аналогично таковой альдостером. Таким образом, симптом быстрого «вымывания» контрастного вещества после внутривенного болюсного контрастирования помогает в дифференциальной диагностике альдостеронпродуцирующих и гормонально-неактивных аденом со злокачественными новообразованиями и феохромоцитомами. Кроме того, следует учитывать, что объемные образования надпочечников диаметром более 3 см в 90–95 % случаев являются злокачественными, а менее 3 см в 78–87 % – доброкачественными. Для злокачественных опухолей характерны размеры более 5 см, неровные контуры, инвазия в окружающие структуры, быстрый рост. У 5 % пациентов с синдромом Кушинга (кортикостерома) и у 10 % больных с феохромоцитомой опухоли по данным гистологического исследования оказываются злокачественными.

Таким образом, применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии позволяет не только диагностировать объемные образования надпочечников, но и в большинстве случаев устанавливать их генез.

СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ И ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ МСКТ

Н.И. БАТУЕВА, М.А. КАТКОВА

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

Пациент К., 53 года, поступил 29 октября 2010 г. в отделение Гепатологического центра

ГКБ № 3 с жалобами на приступообразные боли в мезогастрii опоясывающего характера, жел-