



Современные возможности лучевой диагностики аденом печени

Шаталов А.Д., Вакуленко И.П., Хацко В.В., Фоминов В.М., Войтюк В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Цель

Уточнить оптимальные методы лучевой диагностики аденом печени для улучшения их дифференциальной диагностики с другими очаговыми образованиями.

Материалы и методы

Проведен анализ лучевых методов диагностики у 28 больных с аденомой печени, которые лечились в Республиканской клинической больнице им. М.И. Калинина за последние 10 лет. Среди них было 9 женщин и 19 мужчин. Для уточнения диагноза применены ультразвуковое исследование, компьютерная или магнитно-резонансная томография, пункционная биопсия.

Результаты и обсуждение

В пользу аденомы печени свидетельствовали клинические данные: появление опухоли при сравнительно хорошем состоянии пациента; медленный рост; округлая форма опухоли с гладкой поверхностью, плотноэластической консистенцией, небольшой болезненностью при пальпации, без симптомов интоксикации. Диагностика аденом печени небольших размеров представляла значительные трудности. УЗИ является оптимальным методом для динамического наблюдения, выявления аденомы и биопсии. При размерах более 4 см опухоль при УЗИ в 93,6% случаев имела овально-округлую форму (рис. 1), в 94,7% - чёткие контуры, в 88,6% - умеренно неоднородную структуру, в 52% - внутриопухолевые сосуды с наличием псевдокапсулы. У 74,8% больных аденома была гиперэхогенной. Чувствительность УЗИ составила 83,4%, специфичность – 96,8%, точность – 92,8%.



Рис.1. Ультразвуковое исследование в В-режиме пациента 39 лет с аденомой правой доли печени.



Рис.2. КТ органов брюшной полости пациента 45 лет с аденомой печени.

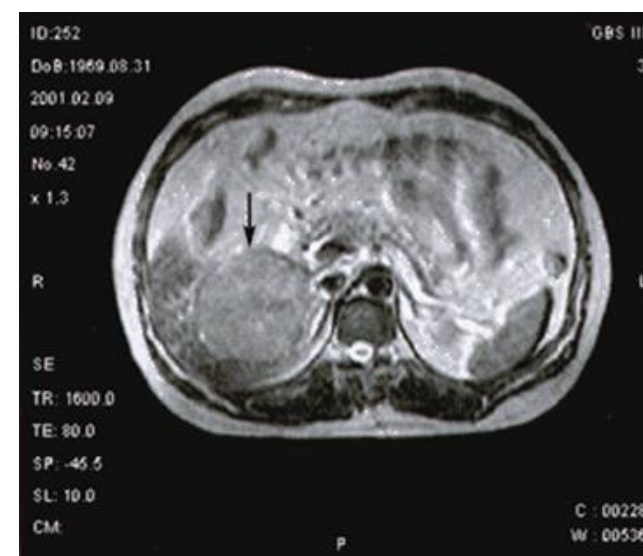


Рис.3. МРТ органов брюшной полости пациентки 53 лет с аденомой правой доли печени

При биопсии эти очаговые образования чаще были в правой доле печени, размерами 4-16 см. Капсула опухоли была бурой или серовато-жёлтого цвета. Компьютерная томография выполнена 14 больным с аденомой печени. При КТ опухоль имела чёткие контуры, пониженную плотность из-за гликогена и жировых включений. При исследовании с контрастированием было накопление контрастного вещества в мягкотканной части опухоли с наличием питающих сосудов (рис. 2), отсутствовали портальные тракты и жёлчные протоки. Лимфоузлы не были увеличенными. Чувствительность КТ при визуализации аденомы составила 91,8%, специфичность – 97,2%, точность – 95,8%. МРТ была особенно ценной при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей печени. Аденома печени больших размеров (у 3 пациентов) имела гетерогенное строение (рис. 3), с высоким сигналом в T1-ВИ, а участков некроза – с низким сигналом в T1-ВИ и высоким – в T2-ВИ. При внутривенном усилении у 5 пациентов было значительное накопление контрастного вещества по периферии. Опухоль не была гомогенно изоинтенсивной (в отличие от локальной узловой гиперплазии). Чувствительность МРТ в визуализации аденомы печени – 91,8%, специфичность – 97,8%, точность – 96,5%, при внутривенном усилении их показатели – 94,7%, 98,4% и 97,2% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение

Скрининговым методом в диагностике аденом печени является УЗИ. При затруднениях в интерпретации данных следует применять КТ и МРТ, особенно для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных очаговых образований печени.