

*к.м.н. Чернова О.Н.*  
ГБУЗ «Челябинский областной  
клинический онкологический диспансер»,  
г.Челябинск



Мужчина, 39 лет, житель Казахстана, жалобы на тяжесть в правом подреберье на протяжении 6 месяцев.

Представлены УЗИ, МРТ от 22.04.2014г. – признаки объемного образования правой доли печени с тканевым распадом, компрессией гепатикохоледоха, правой печеночной вены.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ: признаки ГЦР**

Онккомаркеры -27.05.2014г. - норма (АФП,РЭА, СА 19)

Трепанбиопсия 06.05.2014г. По месту жит-ва и 27.06.2014г. в ЧОКОД

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ: хр.гепатит минимальной степени активности с участками некроза**

В ЧОКОД 09.07.2014г. – МСКТ брюшной полости, забрюшинного пространства с болюсным КУ (100мл ультрависта 300мг/мл)

# Задачи МСКТ-исследования:

## T

- Оценить количество и размеры очагов ( $\leq 2$ см или  $\geq 2$ см)
- Оценить локализацию очагов
- Оценить резектабельность процесса:
  - вовлечение печеночных сосудов
  - нижней полой вены
  - воротной вены
  - поражение капсулы печени
  - экстраорганное распространение
  - поражение желчного пузыря

## N

- Лимфоузлы околичевные, ворот печени и воротной вены

## M

# Процесс нерезектабелен при вовлечении сосудов :

-  воротной вены, двух и более печеночных вен
-  при наличии опухолевого тромба

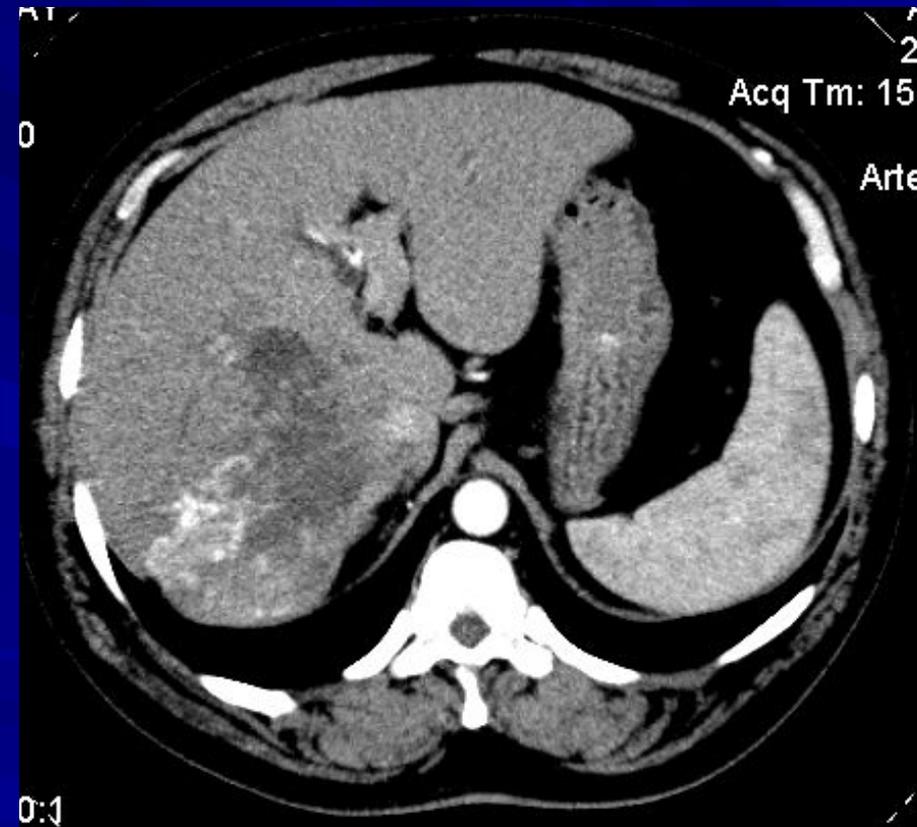
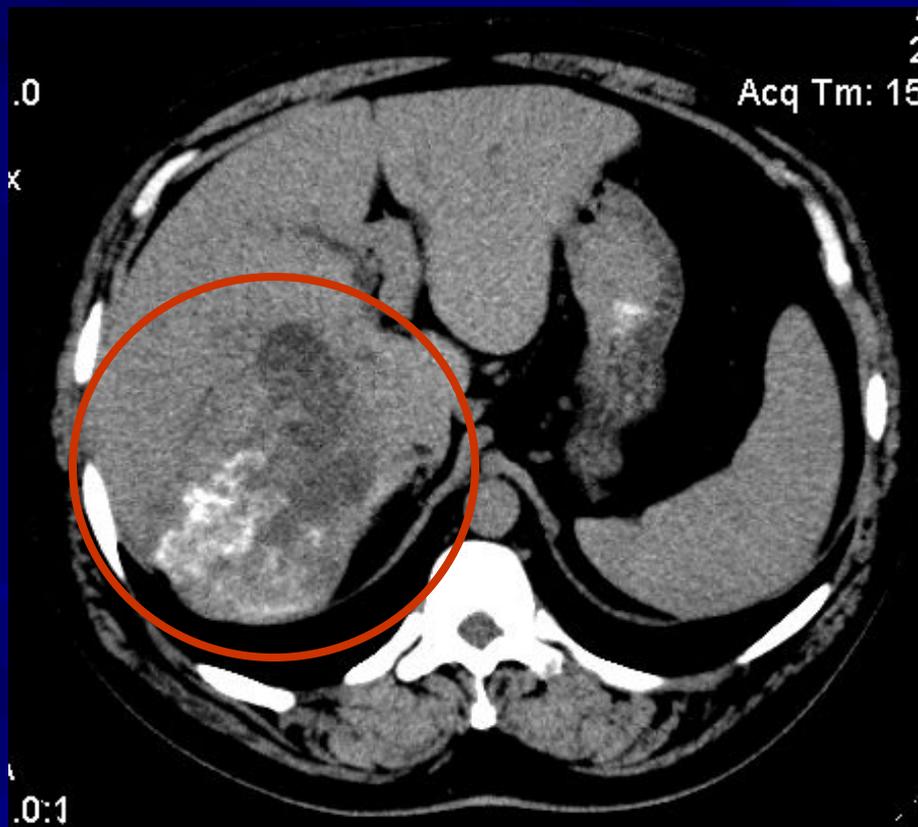
## Сложности оценки вовлечения сосудов:

- инвазия в сосуд от сдавления или протяженного прилежания
- опухолевый тромб от неопухолевого

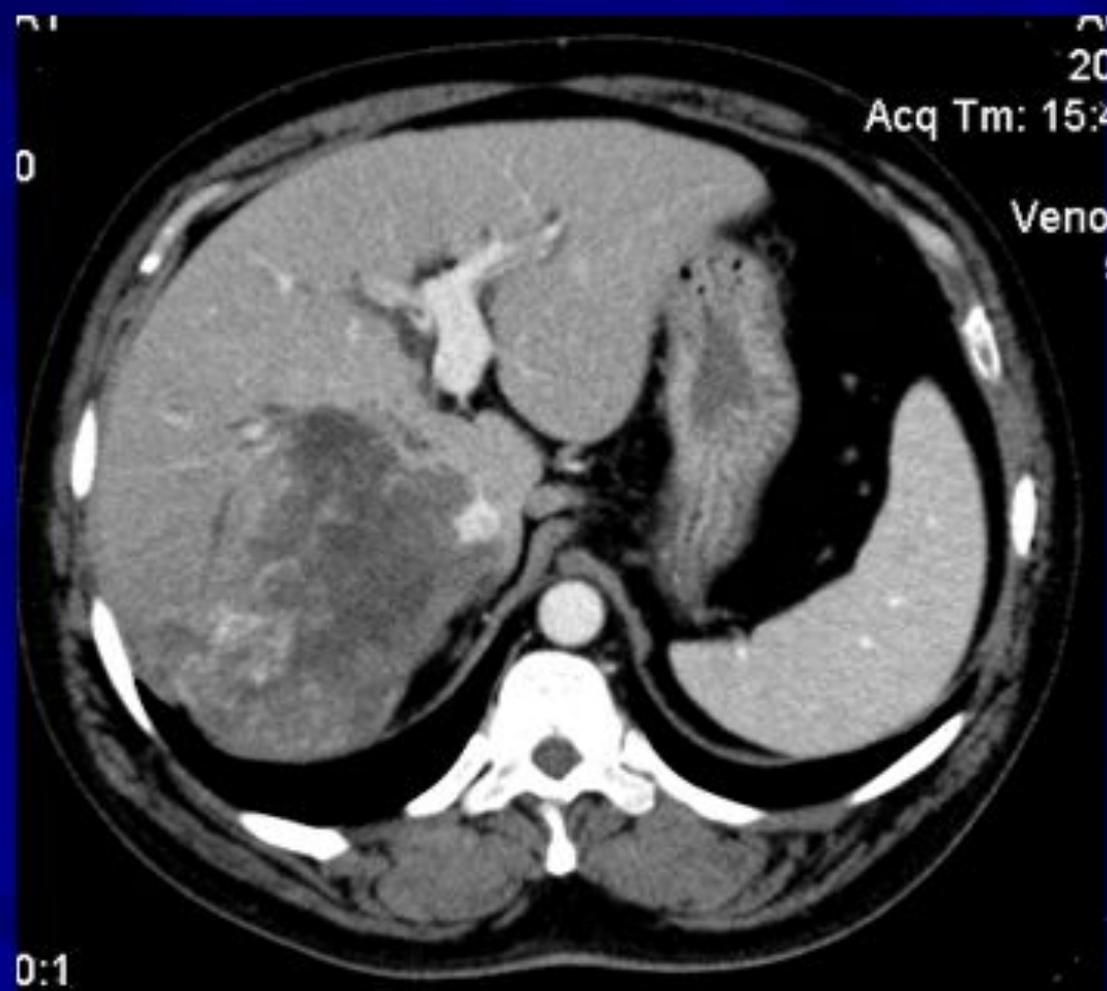
Нативная фаза –  
печень увеличена ФР-260мм, ПЗР –  
239мм

в VI, VII, VIII, I, V сегментах –объемное  
гетерогенное образование 16 x 12 см с  
очаговым и диффузным  
обызвествлением

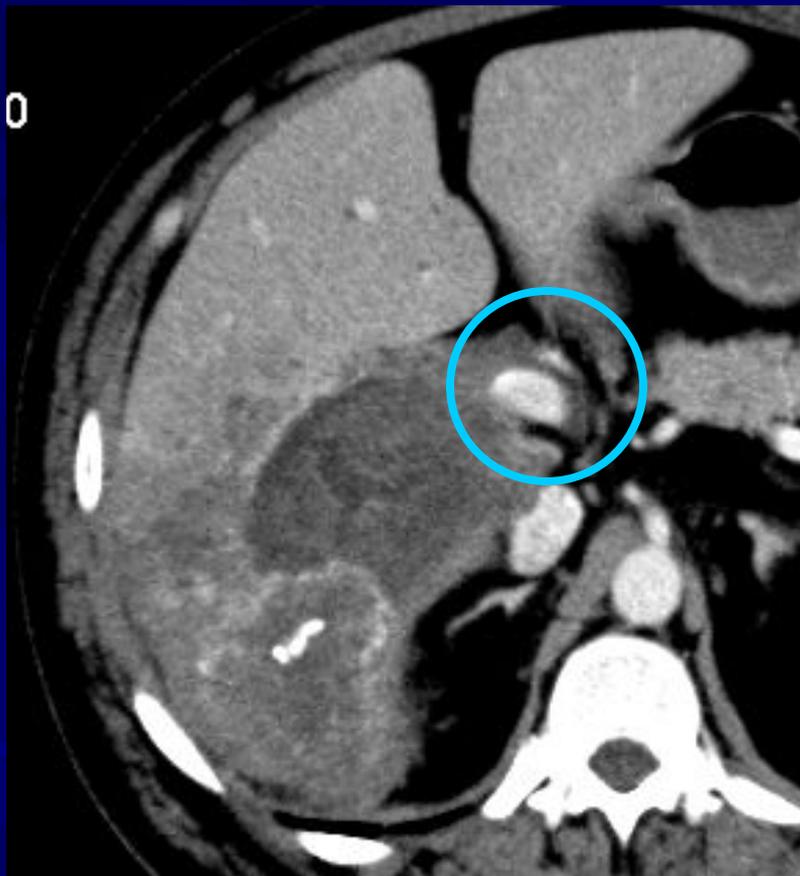
Артериальная фаза –  
накопление контраста отсутствует



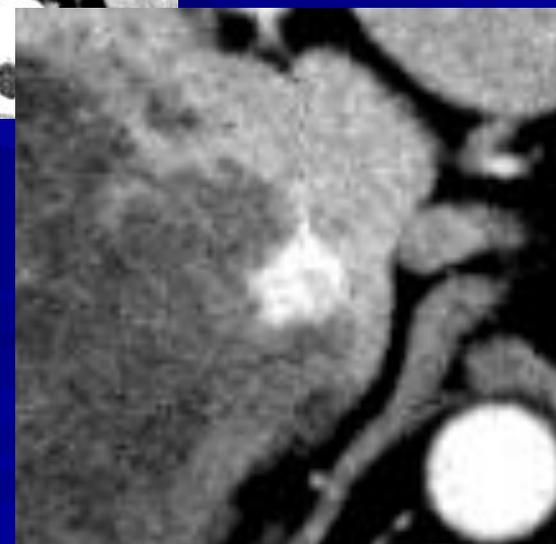
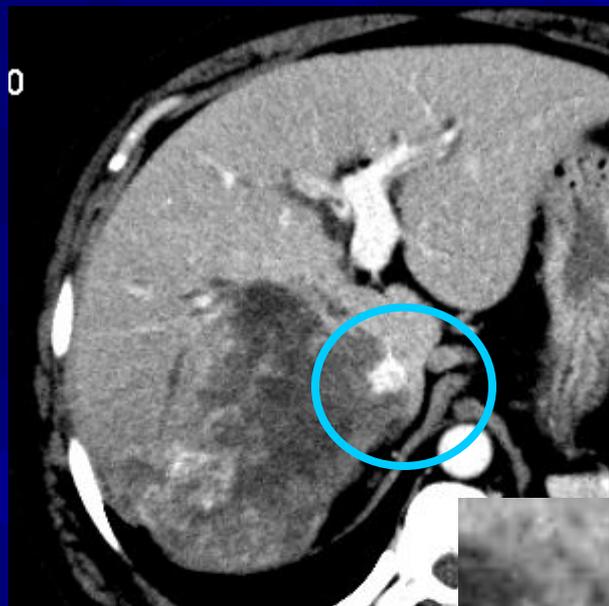
Венозная фаза – накопление контраста неравномерное,  
незначительное – от +20-+40ед.Н. до +37 -+70ед.Н.



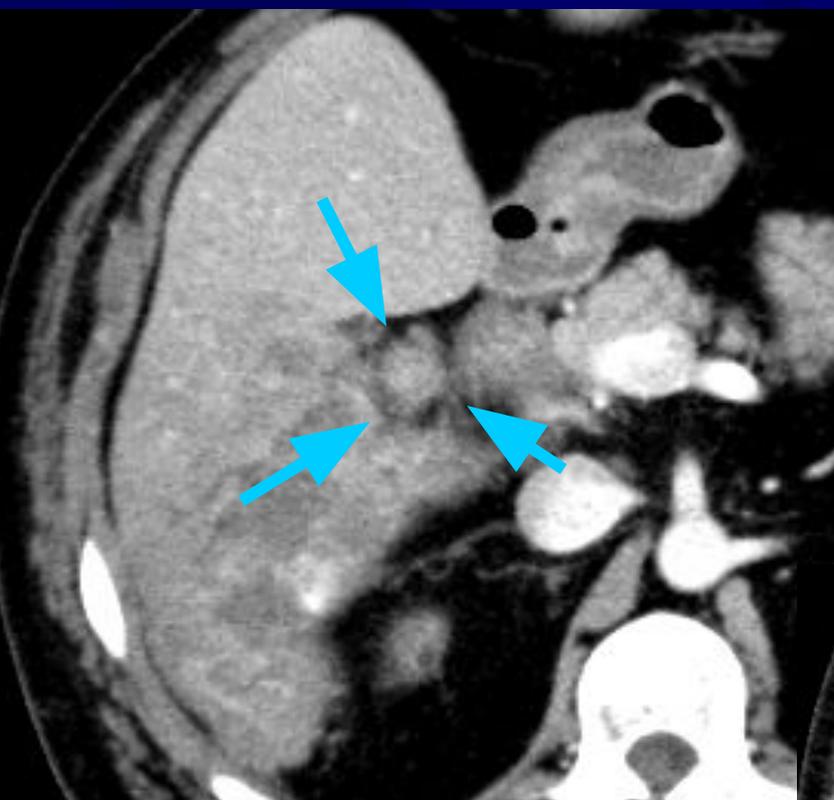
Воротная вена окружена  
образованием со всех сторон



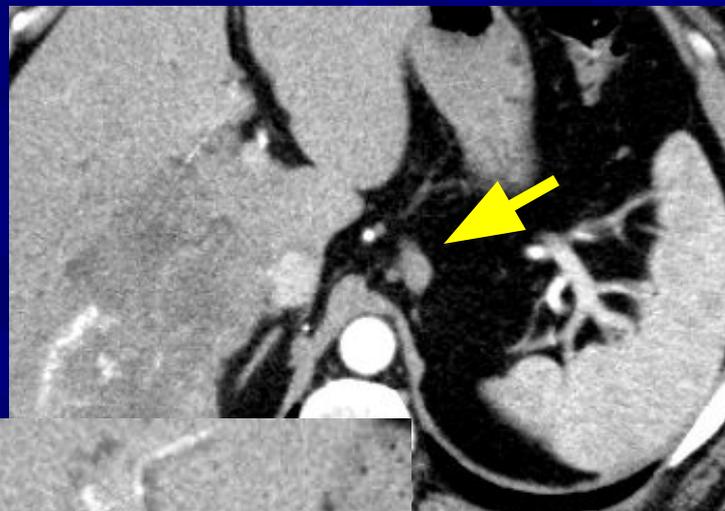
Печеночная часть НПВ  
окружена на 2/3 окружности,  
просвет ее сужен,  
деформирован – признаки  
инвазии



Общий желчный проток вовлечен  
в процесс



Околочревные лимфоузлы  
увеличены до 28 x 13 мм,  
контуры четкие, форма  
овоидная, накопление контраста  
в них обычное



# Диффдиагноз

- **Метастаз колоректального рака?**

*кальцинаты +, увеличенные л/у +, инвазия в сосуды +, но онкомаркеры – норма, ФКС, ФГС – норма, нехарактерные признаки контрастирования*

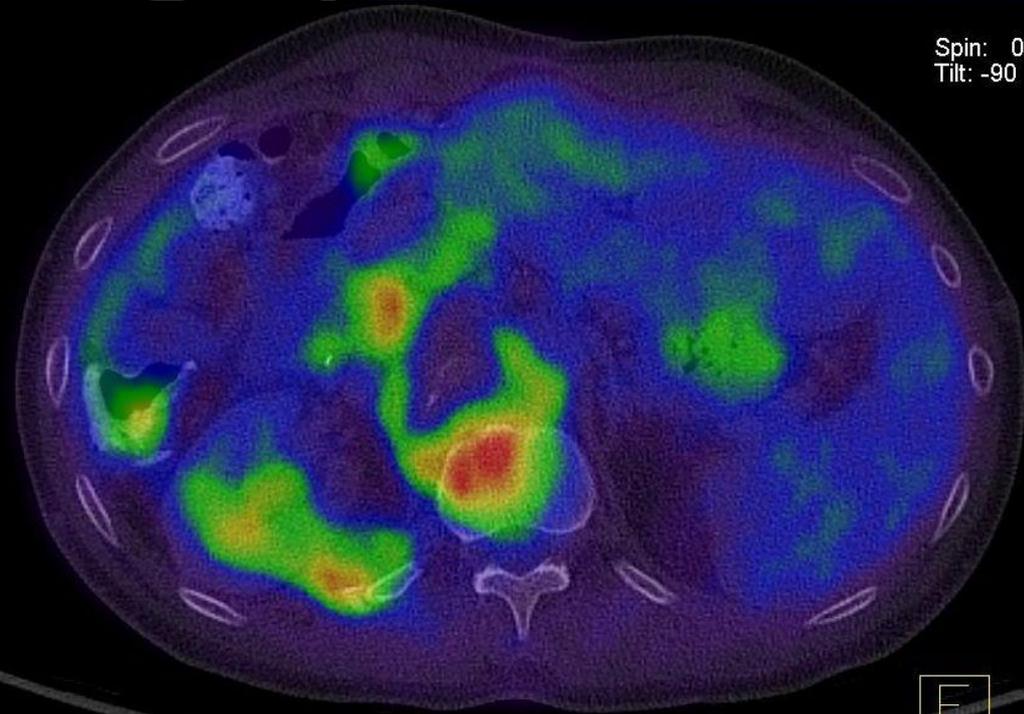
- **ГЦР?**

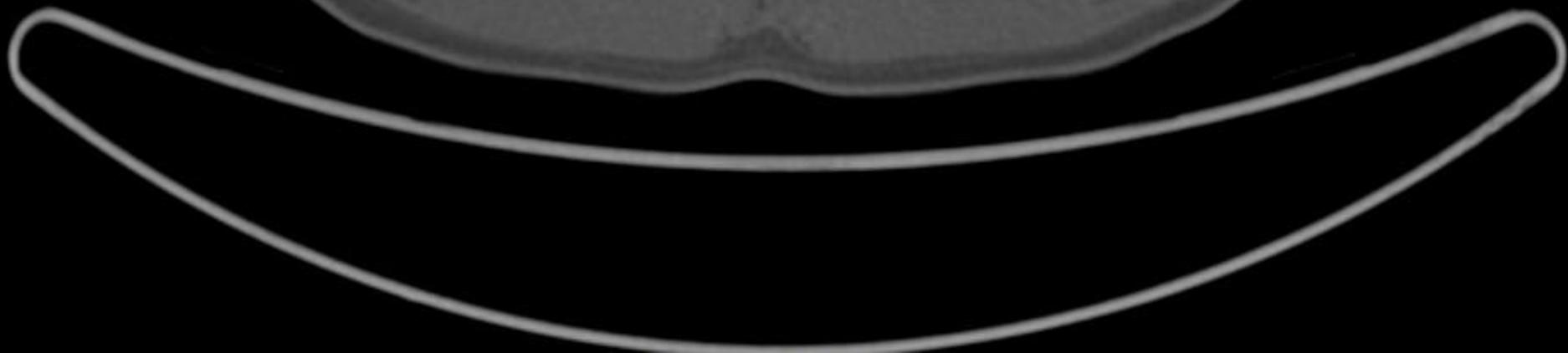
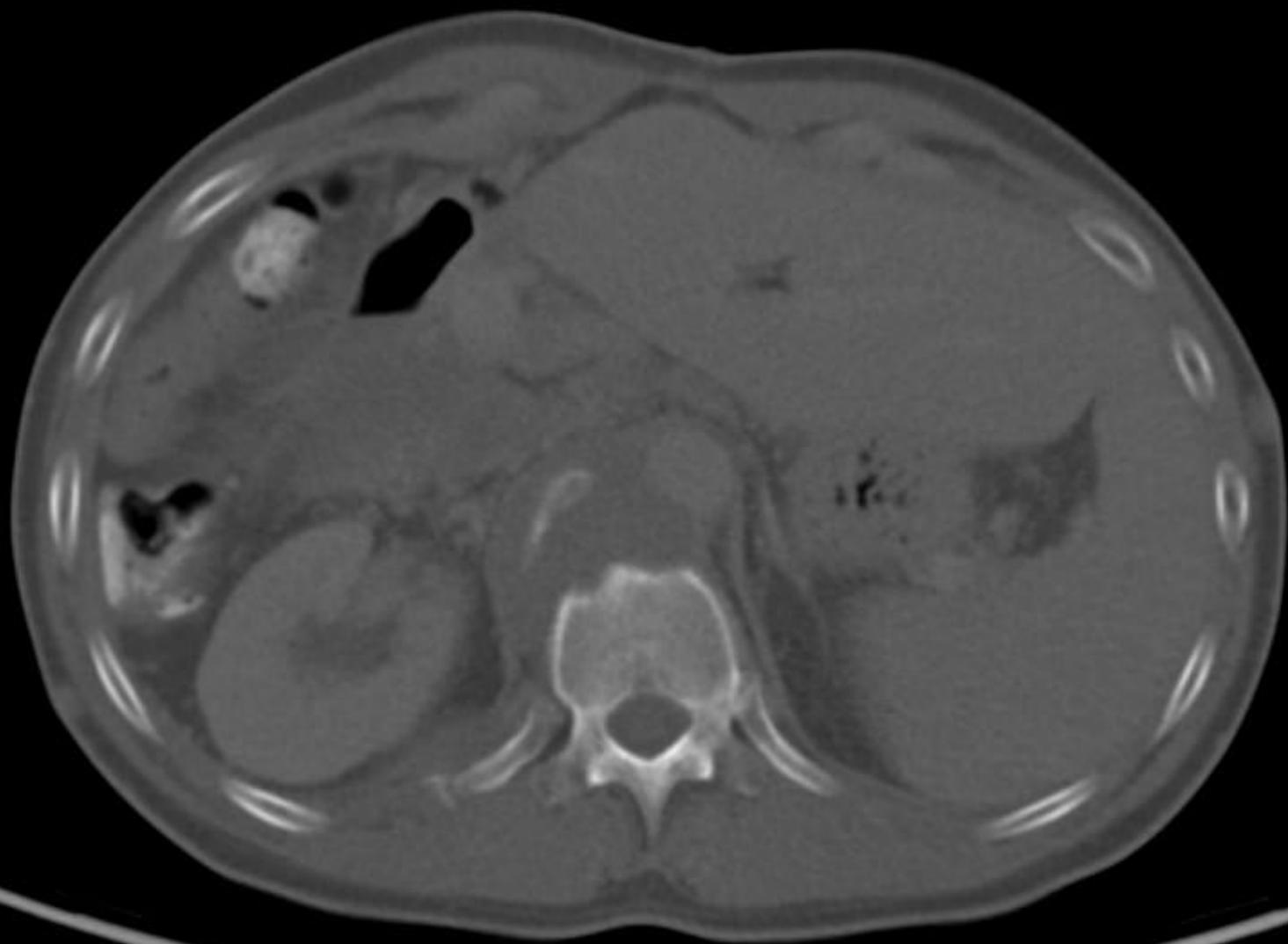
*инвазия в сосуды +, увеличенные л/у +, но АФП – норма, нет указания на гепатит в анамнезе, нет признаков цирроза, нехарактерные признаки контрастирования*

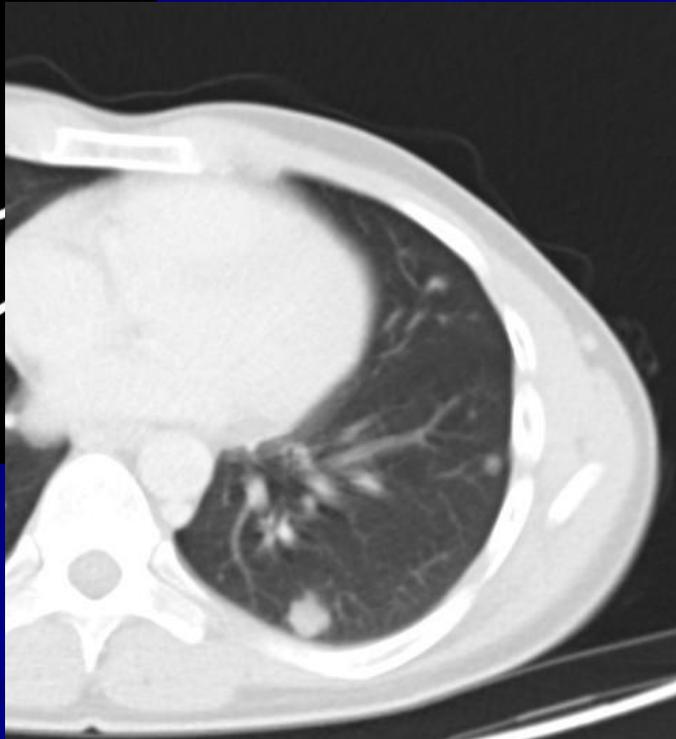
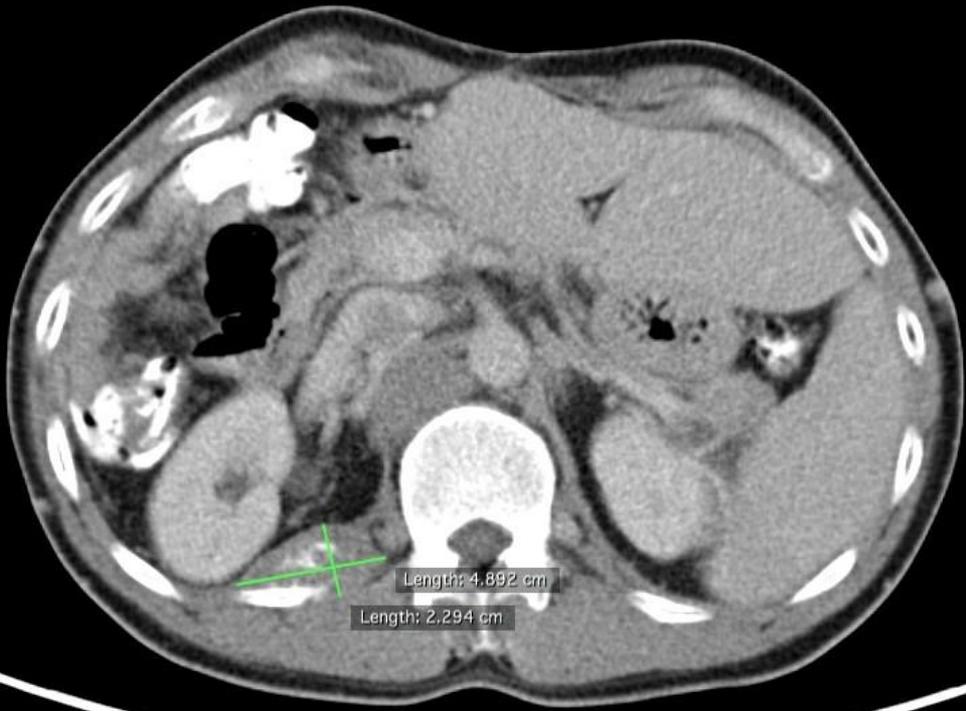
- **Псевдотуморозная форма инвазивного альвеококка?**

*проживание в эндемичном районе области +, слабое контрастирование +, умеренное увеличение лимфоузлов +*

- Пациент был дообследован, сдал кровь на антитела к **альвеококку**. Обнаружен высокий титр антител!!!!
- СНГ — в Якутии, Новосибирской, Томской и Омской областях, Поволжье, в Алтайском и Красноярском краях, в Магаданской области, в Казахстане, Кыргызстане, Татарстане.
- Промежуточный хозяин-грызуны (яйцо гельминта – цистицерк) –поедается хищником (цистицерк – половозрелая форма) –человек –немытые овощи, фрукты, при разделке шкур, питье воды из водоемов
- Для альвеококкоза характерны инфильтрирующий рост и размножение пузырьков паразита по типу внешнего почкования. Длительно существующие узлы имеют бугристую форму, они плотны на ощупь, поэтому ошибочно диагностируют злокачественную опухоль. Множественная инвазия альвеококка может симулировать метастатические опухоли печени.
- Часто в больших узлах - некротический распад, который начинается в центре узла и приводит к образованию одной или нескольких полостей
- Поражаются сосуды и желчные протоки, а при расположении у поверхности печени — в соседние органы (желудок, желчный пузырь, диафрагму, надпочечник, позвоночник), чем еще больше увеличивается их сходство со злокачественной опухолью.
- Лечение: Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск и Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского







### Протокол визуализации с применением Ультрависта

Объем введенного Ультрависта 300/370 (мл)	100
Скорость введения (мл/сек)	4 мл/сек
Болюс физиологического раствора (мл)	50 мл
Скорость введения (мл/сек)	4 мл/сек
Способ введения	в/венно болюсно
Детали введения (тип и производитель инжектора, подогревание и т.д.)	Инъектор двухколбовый Stellant D СТ марки Medrad (США), подогрев обеих колб

#### Тип сканера

КТ-сканнер (производитель, количество срезов)	64-хсрезовый Aquilion TOSHIBA
Ток на трубке (мА сек)	50 -100 мА
Напряжение на трубке (кВ)	120
Скорость вращения (об/сек)	400 об/сек

#### Протокол сканирования

	Бесконтрастное сканирование	Ультравист 300/370
Продолжительность сканирования (сек)	8,5 сек	8,5 сек
Отсрочка начала сканирования (сек).	-	25 сек, 70 сек, 5 мин, 10 мин
Проекция	аксиальная	аксиальная
Толщина среза (мм)	1 мм	1 мм
Коллимация	0,8 мм	0,8 мм
Зона захвата (мм)	250 мм	250 мм

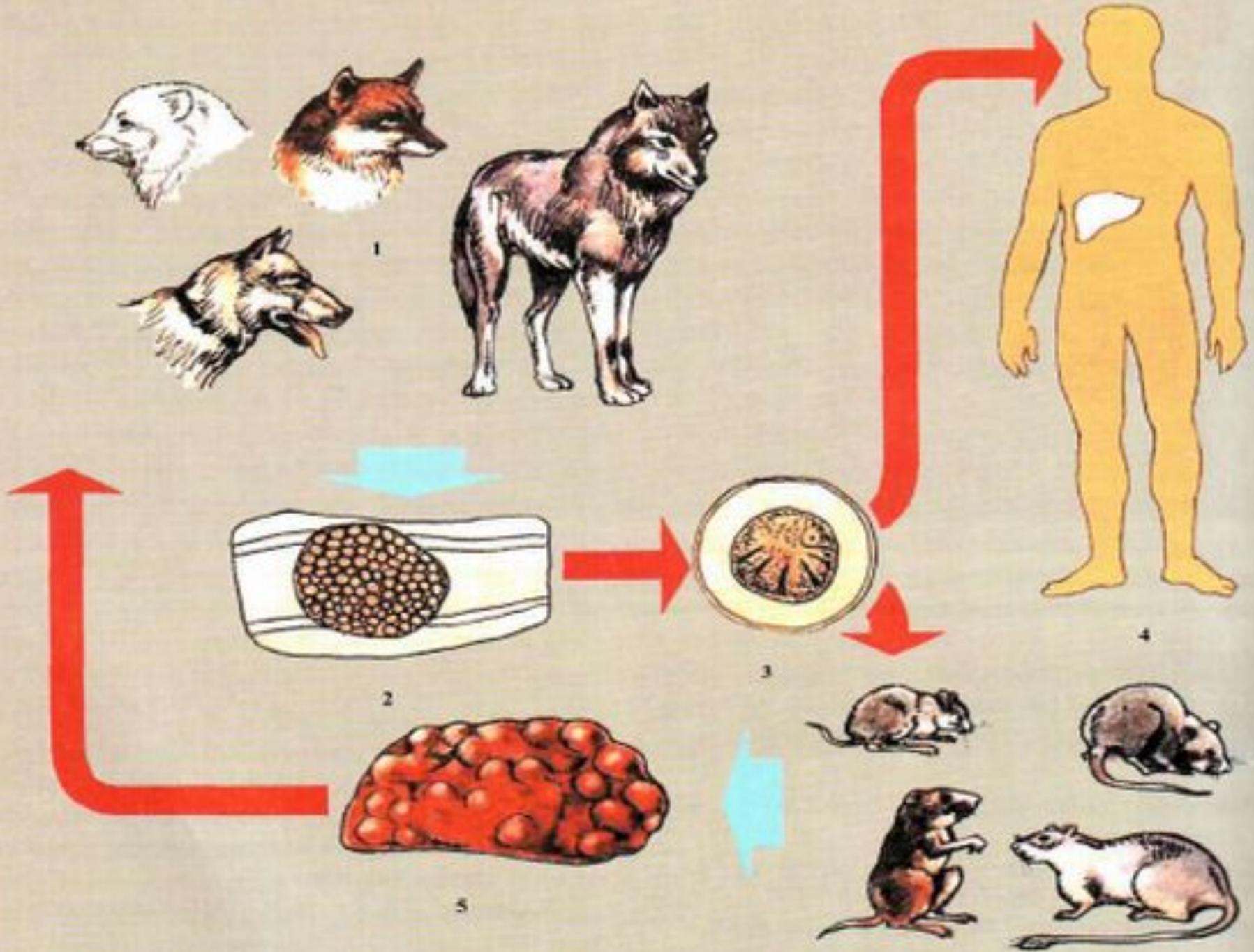
Спасибо



- Пациент был дообследован, сдал кровь на антитела к альвеококку. Обнаружен высокий титр антител!!!!

- Это – альвеококк!!!!

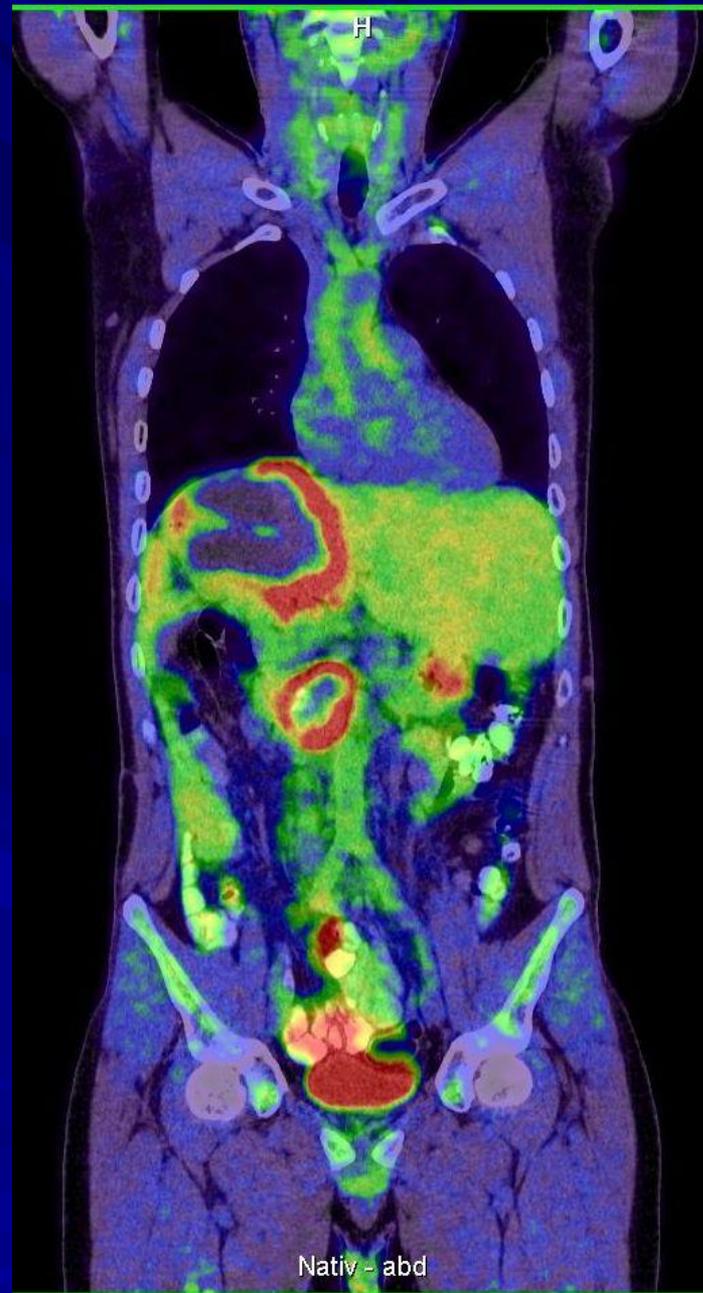




ПЭТ-КТ от 06.04.2012

Мужчина, 1975г.р.

Состояние после субтотального  
удаления альвеококка печени  
17.12.2010г.





R

