

із використанням штативних пристроїв для рентгенографії. Їх використання разом із сучасними високочастотними пристроями живлення з режимом імпульсної скопії та накопичувачами електричної енергії дозволяє по-новому підійти до оснащення рентгенівських кабінетів.

Висновки. Таким чином, в умовах обмеженого фінансування модернізація працюючого рентгенівського обладнання на основі новітніх цифрових технологій є найбільш ефективним шляхом оновлення матеріально-технічної бази рентгенодіагностики, який дозволяє вивести її на сучасний рівень і надає можливість рентгенологам використовувати у роботі телерадіологію.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ ДЕФОРМАЦІЯХ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

Белоус І.В.

Київська клінічна лікарня № 2 на залізничному транспорті філії «Центр охорони здоров'я» ПАТ «Українська залізниця», м. Київ

Вступ. Зміщена носова перегородка (НП) є найбільш частою патологією носа і носових синусів і зустрічається у 60-80% населення. У більшості випадків зміни перегородки незначні. Виражена деформація НП може призводити до низки патологічних станів: утруднення носового дихання, змін з боку слизової оболонки носа, гіпоксії, змін суміжних органів. Риноскопія не вирішує всіх діагностичних питань, особливо при значному викривленні НП, наявності масивного поліпозу. Застосування методу КТ суттєво поліпшило можливість діагностики морфологічних змін НП, особливо в її задніх відділах.

Мета. Вивчити можливості спіральної КТ (СКТ) в оцінці деформацій носової перегородки.

Матеріал та методи. Обстежено 136 пацієнтів (69 чоловіків та 67 жінок, середній вік — 26,3±3,4 року). Показаннями для проведення СКТ були: порушення носового дихання; часті кровотечі з носа; зниження нюху; хронічні та рецидивуючі запальні захворювання придаткових пазух носа; алергічні захворювання верхніх дихальних шляхів; лицеві і головні болі; деформації зовнішнього носа; хропіння. СКТ виконана на спіральному однозрізовому комп'ютерному томографі General Electric ct/e в аксіальній проекції (положення пацієнта на спині) з товщиною зрізу 5 мм, наступними мультипланарними реконструкціями в корональній та сагітальній проекціях. Усім хворим проведена передня риноскопія. Статистичний аналіз проводився з використанням програми для роботи з електронними таблицями (Microsoft Office Excel).

Результати досліджень та їх обговорення. За даними СКТ визначено власне викривлення НП у 87 (64%) обстежених, із них: у вертикальній площині — у 58 (66,6%), у горизонтальній площині — у 29 (33,3%). В 62 (71,3%) випадках деформація визначена в передньому відділі НП, у 25 (28,7%) — у задній частині НП. Одностороннє викривлення НП спостерігалось у 61 (70,1%), двостороннє — у 26 (29,9%) випадках. Поєднання двох видів викривлення визначено у 18 (20,7%), трьох видів — у 9 (10,4%) пацієнтів. У 22 (16,2%) випадках, за даними СКТ, морфологічних змін з боку НП не визначено. За допомогою СКТ у задній частині НП виявлено кісткові гребені та шипи по краю сошника у 27 (19,8%) спостереженнях. За вираженістю викривлень НП у 60 (68,9%) випадках спостерігався I ступінь зміщення;

в 17 (19,5%) — II ступінь; у 9 (10,3%) — III ступінь деформації. Серед 29 (21,3%) хворих із травматичними змінами кісток носа візуалізувалося викривлення НП із захопленням вертикальної пластинки ґратчастої кістки у 21 (72,4%) випадку, сошника — у 8 (27,6%), які не було діагностовано під час проведення риноскопії. У 53 (61%) хворих за допомогою СКТ визначені ознаки супутніх запальних та пухлинних захворювань придаткових пазух носа.

Висновки. Застосування сучасної неінвазивної СКТ для діагностики деформацій НП дозволяє всебічно оцінити морфологічні особливості НП та стан суміжних органів лицевої ділянки, що надто важливо в ринології для визначення показань для септопластики.

КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВО-ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ВНУТРІШНЬОПРОТОКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Білоненко Г.А., Аксьонов О.А., Аксьонова О.Г.
Клінічне територіальне медичне об'єднання, м. Донецьк

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин, м. Київ

Вступ. Діагностика внутрішньопрокових новоутворень (ВПНУ) грудної залози (ГЗ) є складним розділом клінічної мамології. Традиційні променеві методики — рентгенівська дуктографія (РДГ) та ультразвукова дуктоскопія (УДС) характеризуються нестабільними показниками діагностичної ефективності. З появою магнітно-резонансної томографії та ендоскопічної мамодуктоскопії (ЕМДС) з'явились додаткові можливості у виявленні ВПНУ ГЗ, але поступово виявляються і негативні аспекти даних технологій. Зокрема, ЕМДС при задовільних показниках чутливості і точності відрізняється недостатньою специфічністю. Отже, подальша оптимізація як променевої, так і ендоскопічної діагностики ВПНУ ГЗ залишається актуальною.

Мета. Порівняльний аналіз діагностичної ефективності і визначення перспективної ролі променевих та ендоскопічних методик у виявленні ВПНУ ГЗ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати комплексної діагностики ВПНУ ГЗ у 112 жінок віком від 19 до 85 років (середній вік — 49 років). Діагностичний комплекс складався з клінічних, рентгенологічних, ультразвукових, ендоскопічних та гістологічних досліджень. РДГ виконували за класичною методикою на цифровому мамографічному комплексі Mammatomat 3000 Nova (Німеччина). УЗД проводили на багатофункціональних ехосканерах HD11 XE (Fhillips), Aplio SSA-780A (Toshiba). Результати рентгенівських і ультразвукових досліджень оцінювали за категоріями BI-RADS™. Для ЕМДС використовували двоканальний дуктоскоп фірми Karl Storz (Німеччина). Ендоскопічні зображення аналізували відповідно до рекомендацій Японської асоціації грудної дуктоскопії. Референтним методом обрали результати гістологічних досліджень. За стандартними формулами розраховували показники чутливості, специфічності і точності.

Результати досліджень та їх обговорення. Показники чутливості, специфічності і точності РДГ склали 79,6 – 25,8 та 58,8%, УДС – 84,6 – 58,4 та 79,6%, ЕМДС – 90,3 – 47,7 та 80,2% відповідно. З наведеної інформації витікає, що дані діагностичні методики при

відносно задовільних показниках чутливості і точності характеризуються недостатньою специфічністю.

Встановлено, що 98,7% хибнопозитивних висновків РДГ і 96,4% УДС були зумовлені наявністю у просвіті молочних проток непухлинних псевдопапілярних структур з проліферацією, апокринізацією та десквамацією протокового епітелію на тлі хронічного запалення. Явних причин хибнонегативних результатів РДГ не виявлено, але припустимо, що відсутність рентгенологічних зображень ВПНУ була зумовлена або контрастуванням інтактних молочних проток, або недостатнім об'ємом введеної контрастної речовини. 100,0% хибнонегативних результатів УДС були пов'язані із незначними (0,1-0,2 см) розмірами ВПНУ.

При аналізі причин хибнопозитивних результатів ЕМДС встановлено, що 80,0% ВПНУ, виявлених ендоскопічно, розташовувались на відстані більше ніж 3,0 см від соска і тому могли залишитися за межами резекції. Причиною хибнонегативних результатів ЕМДС у 50,0% було периферійне, недосяжне для дуктоскопа розташування ВПНУ і в 50,0% – ерозивно-запальні зміни молочних проток, які маскували дрібні папіломи й атипову протокову гіперплазію.

Для зменшення числа хибних результатів променевих та ендоскопічних досліджень при ВПНУ ГЗ нами обрана тактика подвійного передопераційного маркування патологічних осередків. Розроблені і впроваджуються в клінічну практику способи, які спрямовані на одночасне встановлення металевих маркерів як інтрадуктально через сосок під дуктоскопом ендоскопа, так і через шкіру під ультразвуковим або рентгенівським (стереотаксичним) контролем. Дані методики забезпечують адекватність хірургічного видалення ВПНУ і підвищують частоту позитивних гістологічних досліджень на 18,3-19,7%.

Висновки. Променеві та ендоскопічні дослідження у хворих на ВПНУ ГЗ характеризуються недостатньою (25,8-58,4%) специфічністю. Для підвищення ефективності діагностичних заходів доцільно використовувати методику подвійного передопераційного маркування патологічних осередків під комбінованим ендоскопічним та ультразвуковим або рентгенівським (стереотаксичним) контролем.

ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ЦИФРОВОЇ РЕНТГЕНОГРАФІЇ В АЛГОРИТМІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ШЛУНКА

*Бортний М.О., Шармазанова О.П.,
Шаловалова В.В., Оборіна Н.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти
МОЗ України*

Вступ. За даними ВООЗ, щороку на рак шлунка захворюють 10 млн осіб. Як стверджує ВООЗ, смертність від раку до 2030 року зросте на 45% порівняно з рівнем 2007 року. Захворюваність на дистальний рак шлунка (РШ) у більшості країн знижується, тоді як частота раку проксимального відділу шлунка останнім роком підвищується. Незважаючи на те що захворюваність РШ в Україні поступово знижується, серйозні проблеми, пов'язані з цим захворюванням, залишаються. В Україні досі переважає абсолютно неефективний метод діагностики РШ «за принципом звертаємості», тому майже в 70% випадків діагностується поширений пухлинний процес. У зв'язку з цим 5-річна виживаність хворих на РШ не перевищує 13,8% порівняно з 50,0% в

Японії. Виявлення злоякісних захворювань стравоходу і шлунка на ранніх стадіях залишається важливим і невіршеним завданням. За даними статистики, більш ніж у 75% первинно виявлених пацієнтів із РШ реєструється III-IV ст. У зв'язку з вищевикладеним виникає необхідність у розробці методологічних підходів або програм променевої діагностики РШ різної локалізації. **Метою** роботи була оцінка можливостей цифрової рентгенографії в алгоритмі променевої діагностики РШ.

Матеріали та методи. Всього обстежено 167 пацієнтів (103 чоловіки та 64 жінки) з підозрою на рак шлунка різної локалізації. Середній вік пацієнтів склав 59 ± 8 років. Першу групу склали 81 (48,5%) пацієнт, рентгенологічне дослідження яким виконувалось на аналоговому апараті «РУМ-20М». Другу групу склали 86 (51,5%) пацієнтів, дослідження яким проводилось на цифровому апараті «Медікс». Всім проведено загальноклінічне, рентгенологічне та ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка. При ендоскопічному дослідженні біопсія проводилася з 5 ділянок. 83 (49,7%) — комп'ютерна томографія на спіральному комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion-16 (СКТ).

Результати. У результаті проведених СКТ-досліджень у I групі пацієнтів визначені наступні стадії раку: I-II стадія — у 13 (16,1%) осіб, III стадія — у 41 (50,6%) і IV стадія — у 27 (33,3%). У всіх пацієнтів діагноз морфологічно і цитологічно верифікований. У 41 (50,6%) спостереженні було встановлено аденокарциному, в 19 (23,5%) — дрібноклітинний рак, у 11 пацієнтів (13,6%) — фіброзний рак (скіпп) та у 10 (12,3%) пацієнтів — плоскоклітинний рак. Усім пацієнтам було проведено рентгенологічне дослідження у фазу тугого заповнення (ТЗ) і подвійного контрастування (ПК). Ураження шлунка частіше носило переважно циркулярний характер із наявністю нерівності контуру у фазу ТЗ і потовщення стінки у фазу ПК. Найбільш оптимальними проєкціями для вивчення шлунка є передня пряма і права коса у фазу ТЗ, права та ліва задня коса у фазу ПК.

У пацієнтів II групи при СКТ були визначені: I-II стадії РШ — у 31 (36%) пацієнтів, III ст. — у 35 і IV стадія — у 20 (23,3%) пацієнтів. При морфологічній та цитологічній верифікації було встановлено: аденокарциному — у 51 (59,3%) спостереженні, дрібноклітинний рак — у 9 (10,5%) пацієнтів, фіброзний рак (скіпп) у 21 (24,4%) пацієнта та у 5 (5,8%) пацієнтів — плоскоклітинний рак. У 8 (9,3%) пацієнтів із локалізацією первинної пухлини в дистальному відділі стравоходу був встановлений перехід процесу на шлунок. Використання цифрової рентгенографії сприяло кращому виявленню РШ, передусім за рахунок фіксації будь-якої кількості кадрів синхронно з просвічуванням без додаткового променевого навантаження. Цифровою обробкою зафіксованого в пам'яті комп'ютера зображення були досягнуті оптимальні яскравість і контрастність зображень, що сприяло кращому виявленню ранніх рентгеносеміотичних ознак РШ. Зберігання зображення та відеороликів різних фаз дослідження пацієнтів у пам'яті комп'ютера або на електронних носіях дало змогу легко відновлювати зображення, надсилати його для консультації та порівнювати зміни в динаміці.

Ендоскопічне дослідження дозволило провести диференціальну діагностику між запальними змінами та РШ, отримати біопсійний матеріал і в подальшому визначити цитологічну складову раку. СКТ проводилося на завершальній стадії обстеження для підтвердження остаточного діагнозу і стадіювання раку шлунка.