

рішніх органів, але й судин, завдяки використанню артеріальної та венозної фаз у рутинних абдомінальних дослідженнях.

Мета. Продемонструвати випадки судинних синдромів з практики, які можуть зустрічатись в абдомінальній радіології.

Матеріали та методи. Проаналізовані комп'ютерні томограми органів живота і таза дорослих пацієнтів, однаковою мірою за статтю, що виконувались у медичному центрі «Омега-Київ» протягом 2015-2017 рр. на комп'ютерному томографі Brilliance-64 фірми Philips. Проводилось мультифазне сканування з довшим болюсним введенням контрастної речовини (ультравіст-370, томогексол-350) зі швидкістю введення 4-5 мл/с. Далі виконувалась обробка первинних даних на робочих станціях Philips з використанням MPR, MIP, VR, криволінійних реконструкцій, AVA (vessel extraction) для вивчення судинної анатомії з наступним виконанням 3D-моделей.

Результати дослідження представлені у вигляді КТ-зображень і 3D-моделей у конкретних клінічних випадках обстежень. Під час досліджень були виявлені такі судинні синдроми: аневризми черевної аорти, дисекція черевної аорти, дисекція гілок черевної аорти (як продовження дисекції аорти та спонтанні), пенетруючі виразки аорти, атеросклеротичні та тромбоемболічні стенози мезентеріальних артерій, компресія черевного стовбура медіанною аркуатною зв'язкою діафрагми (син. англ. MALS, Dunbar-Syndrom) без/та з постстенотичним розширенням, ектазія панкреатодуоденальних колатералей, оклюзія черевного стовбура з наявністю мішкоподібних аневризм арки Бюхлера (Buhler arch), компресія лівої ниркової вени в аорто-мезентеріальному куті (син. англ. Nutcracker, синдром лускунчика) з варикозним розширенням оваріальної і тазових вен, компресія ретроаортальної ниркової вени, аорто-мезентеріальна компресія нижнього горизонтального сегменту дванадцятипалої кишки (син. англ. SMA syndrome), вазоренальні синдроми (синдром Фролея з гідрокалікозом, компресія піелоуретерального сегменту — UPJ-синдром), артеріовенозна фістула правої нирки, артеріовенозна фістула між загальною клубовою веною та загальною клубовою артерією, мішкоподібна аневризма аберантної маткової артерії, мішкоподібна аневризма печінкової артерії (в т.ч. після панкреатодуоденальної резекції), мішкоподібна аневризма селезінкової артерії, псевдоаневризми артерій як ускладнення панкреатиту, фібромускулярна дисплазія ниркових артерій, грудна секвестрація легенів з кровопостачанням від черевної аорти, аневризми підслизових артерій шлунка (синдром Делафуа), ангіодисплазія кишки, кавернозні трансформації портальної та селезінкової вен на тлі хронічної оклюзії, портокавальні варикси на тлі цирозу печінки, аневризма верхньої мезентеріальної вени.

Висновки. Виявлені різноманітні судинні синдроми при рутинних абдомінальних дослідженнях, які були причиною як конкретних клінічних синдромів, так і випадковими знахідками. Важливо, щоб їх діагностика базувалася не лише на результатах візуалізації, але співставлялась з іншими клінічними даними, а презентація була наглядна для розуміння клініцистом.

РЕНТГЕНО-ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ НАБРЯКУ ЛЕГЕНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ І ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ

Бортний М.О., Шармазанова О.П., Шаповалова В.В., Мангов А.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Вступ. Набряк легенів (НЛ) — це важкий патологічний стан, пов'язаний із масивним виходом трансудату незапальної природи з капілярів в інтерстицій легенів, а потім в альвеоли. Залежно від його причин НЛ ділять на 2 типи: мембранозний (розвивається при впливі на організм екзогенних або ендогенних токсинів, що порушують цілісність судинної стінки і стінки альвеоли, в результаті чого рідина з капілярів потрапляє в легені); гідростатичний (розвивається на тлі захворювань, що викликають підвищення гідростатичного тиску всередині судин, що призводить до виходу плазми крові із судин в інтерстиціальний простір легенів, а потім і в альвеоли).

Мета. Провести диференціальну діагностику кардіогенного НЛ у пацієнтів із гострим коронарним синдромом і мембранозного набряку легенів при ГРДС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічних, рентгенологічних і даних комп'ютерно-томографічного (КТ) досліджень у 26 пацієнтів, які перебували на лікуванні в реанімаційному відділенні регіонального кардіологічного центру м. Харкова. Пацієнти були розподілені на дві групи: перша група — 17 пацієнтів з кардіогенним НЛ, друга група — 9 пацієнтів з НЛ при респіраторному дистрес-синдромі (ГРДС) (мембраногенний НЛ). Рентгенографію органів грудної клітки (ОГК) проводили на аналоговому рентгенологічному пересувному (палатному) апараті 9Л5, мультиспіральною комп'ютерну томографію проводили на апараті SOMATOM Definition AS (64). Патоморфологічне дослідження отриманого матеріалу було проведено за допомогою цифрових мікроскопів та відповідних програмних комплексів.

Результати. Рентгенологічна картина в початковій фазі інтерстиціального набряку легенів була ідентична у пацієнтів в обох групах спостережень. При прогресуванні патологічного процесу рентгенологічна та КТ-картина при ГРДС характеризувалася дифузним ущільненням легеневої тканини більше в залежних зонах, задніх і базальних сегментах, тоді як у хворих з кардіогенним набряком зміни спостерігалися більше в центральній зоні, з наявністю випоту в плевральні порожнини та розширенням меж серця.

У фазу зворотного розвитку НЛ при ГРДС відзначалися ретикулярні зміни. Для кардіогенного НЛ більш характерним було посилення легеневого рисунка за венозним типом із перибронхіальними і перивазальними змінами. Виявлено залежність отриманих рентгенологічних і КТ-даних від динаміки клінічної картини і конкретної нозології, що зумовило розвиток патологічного процесу. Морфологічний процес при мембраногенному та кардіогенному НЛ мав принципово різний механізм. Для ГРДС було характерно пошкодження капілярів міжальвеолярних перегородок. Морфологічно можна було виділити три основні стадії: першу — ексудативну (6-24 годи-

ни від впливу етіологічного чинника), котра характеризується застоєм у капілярах, ексудацією до альвеол геморагічної рідини з високим вмістом білка і формуванням гіалінових мембран, другу – проліферативну з регенерацією альвеолярного епітелію і організацією фібринозного ексудату, третю — фіброзну з рубцюванням легеневої тканини. При кардіогенному НЛ перелічені ознаки були відсутні, і вихід рідини в альвеоли був пов'язаний із порушенням скорочувальної функції серцевого м'яза, зумовленої інфарктом міокарда.

Таким чином, відмінними ознаками НЛ при пошкодженні капілярів є: — нормальний розподіл легеневого кровотоку; — одночасний розвиток інтерстиціального та альвеолярного набряку; — відсутність рідини в плевральній порожнині, лінії Керлі, перибронхіальних і периваскулярних змін; — периферичний розподіл набрякової рідини; — симптом «повітряної бронхографії» при альвеолярному набряку. Така рентгенологічна картина спостерігається відносно рідко, як правило, в перші години і дні розвитку патологічного процесу, до початку активних лікувальних заходів. Надалі швидке внутрішньовенне введення значної кількості рідини, лівошлунчкова недостатність, яка приєднується, призводять до появи рентгенологічних ознак гідростатичного НЛ. Найбільше практичне значення має правильне розмежування симптомів власне набряку при пошкодженні капілярів і ознак гіпергідратації. Основним клінічним симптомом ГРДС є швидко прогресуюча дихальна недостатність з одночасним зниженням насичення артеріальної крові киснем. В основі лікувальної тактики лежить штучна вентиляція легенів із позитивним тиском на видиху, що істотно впливає на рентгенологічну картину НЛ: штучне збільшення повітрянаповнення легенів призводить до удаваного зменшення набряку, однак об'єм позасудинної рідини в легеневій тканині при цьому залишається незмінним. Тому під час оцінки динаміки у пацієнтів на ГРДС необхідно враховувати, в яких умовах виконувалися рентгенологічні дослідження.

Висновки. Отримані дані диференціальної променевої діагностики кардіогенного НЛ при гострому коронарному синдромі та мембраногенного набряку легенів при ГРДС допоможуть лікарю-реаніматологу в невідкладній диференціальній діагностиці різних видів респіраторної недостатності та проведенні адекватної невідкладної медикаментозної допомоги.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Бортный Н.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Актуальность. Аденокарцинома желудка, обычно называемая раком желудка (РЖ), относится к первично злокачественным опухолям, возникающим из желудочного эпителия. Это наиболее распространенное злокачественное заболевание желудка. По данным Международного агентства по изучению онкологических заболеваний (International Agency for Research on Cancer), рак желудка находится на 4-м месте по распространенности, а в структуре онкологической смертности РЖ занимает 2-е место в мире. К 2020 г. прогнозируется рост числа заболевших до

1,3 млн, и, по прогнозам специалистов, в XXI веке по заболеваемости и смертности РЖ выйдет на первое место. РЖ у пациентов до 40 лет встречается достаточно редко, однако заболеваемость неуклонно растет с увеличением возраста и достигает пика на седьмом десятилетии жизни. Средний возраст при диагностике РЖ составляет от 68 до 75 лет. РЖ клинически имеет малосимптомный характер, особенно если это ранние формы рака, являющиеся потенциально хирургически излечимыми. В 50% случаев клинически могут иметь место неспецифические желудочно-кишечные паттерны: анорексия и потеря веса (95%), боль в животе, тошнота, рвота, раннее насыщение и др. Таким образом, РЖ во всем мире, в том числе и в Украине, остается чрезвычайно острой проблемой, а представленная тема является актуальной в плане ранней диагностики РЖ как с практической точки зрения, так и с научной.

Цель — повысить эффективность рентгенологической диагностики РЖ. В лекции будут представлены возможности, трудности и целесообразность рентгенологической диагностики РЖ, а также освещены вопросы дифференциальной рентгенодиагностики РЖ.

Результаты и обсуждение. Мультидетекторная компьютерная томография (МДКТ) является наиболее часто используемым методом для постановки диагноза РЖ, поскольку она обеспечивает более высокое разрешение сканирования с тонкой коллимацией. Магнитно-резонансная томография (МРТ), несмотря на лучшую визуализацию мягких тканей, менее предпочтительна, чем МДКТ, из-за длительного времени сканирования. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУСГ) рассматривается как высокоточный метод для определения глубины инвазии на ранних стадиях РЖ, но аналогична КТ в отношении T2 или T3 стадий поражения и ограничена в случае диффузно-инфильтративных опухолей. ЭУСГ может также использоваться для обнаружения перигастральных лимфатических узлов, однако не является надежным методом для обнаружения отдаленных метастазов. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) играет роль в выявлении отдаленных метастазов. МДКТ и ПЭТ полезны для оценки рецидива после хирургической резекции и ответа на химиотерапию и лучевую терапию. Как известно, чувствительность рентгенологического метода исследования при РЖ составляет 75%, в то время как исследование с двойным контрастированием имеет чувствительность 90-95%. Таким образом, рентгениследование желудка с двойным контрастированием обладает чувствительностью, сравнимой с чувствительностью эндоскопического метода исследования.

Рентгенологически различают: малые формы рака и развитой РЖ. К наиболее важным рентгенологическим признакам при подозрении на малый РЖ относят:

- 1) минимальные, ограниченные по площади участки перестройки рельефа слизистой оболочки с утолщением, хаотичным расположением складок, стойким утолщением даже одной из них;
- 2) наличие повторяющегося на рентгенограммах депо бария среди утолщенных или деформированных складок, даже если оно еще не имеет типичной картины «ниши»;
- 3) выявление на небольшом участке сглаженности складок слизистой оболочки, неровности, зазубренности контура желудка.