

РОЛЬ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕДКИХ ФОРМ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Пришутова А.Д.

Научный руководитель: проф. Бачурин Г.В., асс. Барская Е.С.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра урологии, лучевой диагностики и терапии

Актуальность: уротелиальные раки занимают 4 место в структуре онкологической патологии (перед ними лишь рак простаты, легкого и колоректальный рак). Возрастает количество летальности в Украине (5-летняя выживаемость в Украине — 44,6%, в США — 63,0%; летальность до года в Украине — 28,4%, в США — 26,0%). Также, существуют определенные диагностические трудности: идентификация плоских поражений представляет определенную сложность пока не разовьется массивная инфильтрация.

Цель исследования: проанализировать возможности МСКТ в выявлении и определении распространенности процесса при уротелиальных раках с локализацией в верхних мочевых путях.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 13 пациентов (10 – мужчин и 3 – женщины) за 2014 – 2015 года, которые поступили с жалобами на: гематурию, боли в поясничной области и дизурические явления. Была проведена МСКТ брюшной полости и малого таза с внутривенным болюсным усилением (аппарат – Toshiba Aquilion 16) с толщиной среза 1 мм и реконструкцией 3 мм с 4 фазами сканирования: нативная, артериальная, паренхиматозная и экскреторная.

Результаты исследования: мультисрезовая компьютерная томография является высокоинформативным методом исследования опухолей, недоступных для обследования другими методами (например, цистоскопия). Уровень выявления уротелиальных раков при МСКТ считают достаточным: 96% чувствительности и 99% специфичности. С помощью данного метода можно оценить толщину стенки чашечно-лоханочной системы или мочеточника при подозрении на уротелиальные раки. В доказательство данного приводим 3 клинических случая.

Выводы: применение МСКТ значительно расширяет возможности выявления данной патологии и позволяет оценить распространенность выявленного процесса (протяженность и МTS поражения).

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ.

Проценко М.В.

Научные руководители: доц. Туманская Н.В., асс. Барская Е.С.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра урологии, лучевой диагностики и терапии ЗГМУ

Цель. Определение диагностических возможностей рентгеновской компьютерной томографии (КТ), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и реоэнцефалографии (РЭГ) в визуализации поражений магистральных сосудов шеи (МСШ).

Материал и методы. Объектом исследования послужили 50 пациентов (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 30 до 55 лет с различными проявлениями хронических нарушений мозгового кровообращения (ХНМК) и синдрома внутричерепной гипертензии (ВЧГ), направленных на обследование после клинического осмотра вертеброневролога.

Всем больным проводилось исследование функционального состояния церебральной гемодинамики – УЗДГ на аппарате «Corevision» SSA- 350 A Toshiba с использованием линейных датчиков PLF-703 NT 5/7,5/8 Гц, PLF-805ST 6/8/10 Гц и секторного датчика PSH-25GT 2/2,5/3 Гц, а также РЭГ с использованием компьютерной системы «REGINA». По данным проведенных исследований у подавляющего числа пациентов преобладали нарушения венозного оттока из полости черепа за счет гипотонии вен шеи с развитием синдрома ВЧГ, а также (в 47 наблюдениях) снижение артериального притока за счет патологических извитостей (реже гипоплазий) позвоночных (реже сонных) артерий. У 3 пациентов нарушения венозного оттока сочеталось с ускорением артериальной гемодинамики.

Всем 47 пациентам, у которых по данным УЗДГ и РЭГ визуализированы изменения артериальных сосудов шеи проведена рентгеновская КТ на аппарате Toshiba AQUILION 16 с использованием 3D-реконструкций, в том числе троим с ускорением артериальной гемодинамики –

КТ ангиография толщиной среза 1 мм., шагом стола 0,5 мм., с последующей реконструкцией и переформатированием в искривленной плоскости (CPR). Сканирование проводилось при задержке дыхания на вдохе без предварительного нативного исследования (с целью уменьшения лучевой нагрузки). Границы сканирования: нижняя граница - дуга аорты, верхняя граница — велизиев круг. Контрастное вещество (Омнипак 350) вводилось внутривенно с помощью болюсного шприца. Объем контрастного вещества подбирался индивидуально для каждого пациента с учетом массы тела (2 мг. I на 1 кг. массы тела), в среднем составлял 50 мл. препарата с последующим введением 30 мл. физиологического раствора. Скорость введения контраста составляла 5 мл/сек. Задержка сканирования - 10 секунд.

У всех пациентов этой группы подтвердились данные УЗДГ и РЭГ о извитостях и гипоплазиях МСШ, а у пациентов с ускорением артериальной гемодинамики визуализированы атеросклеротические повреждения МСШ, причем у одного из обследованных – атеросклеротическая бляшка в левой сонной артерии протяженностью 51 мм. с существенным сужением просвета сосуда более чем на 50 %.

Выводы. Проведенное исследование убедительно свидетельствует о высокой информативности УЗДГ и РЭГ в визуализации причин ХНМК и синдрома ВЧГ, а также необходимости проведения рентгеновской КТ и КТ- ангиографии для детализации характера поражений МСШ при рассматриваемой патологии.

ОЦІНКА ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Разиграєва М.О., Сердюк М.А.

Науковий керівник: доц. Сюсюка В.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології

Гіперпластичні процеси займають провідне місце серед гінекологічних захворювань, а також є попередником злоякісних новоутворень. Специфіка діагностики гіперпластичних процесів на самперед, полягає в тому, що її неможливо виявити достовірно під час гінекологічного огляду. Застосування ультразвукової діагностики (УЗД) дає можливість диференціювати внутрішньоматкову патологію без хірургічної інтервенції, але головною основою постановки такого діагнозу може бути тільки гістологічне дослідження ендометрію. Тим не менш ультразвукова діагностика має досить великі недоліки і залежить від багатьох факторів, починаючи від дня менструального циклу жінки, класу апаратури до кваліфікації лікаря. Гістероскопія, як наступний етап в уточненні діагнозу гіперплазії ендометрію (ГЕ), на сьогодні є «золотим стандартом» серед інвазивних методик. Основною її перевагою є можливість прицільної діагностики з отриманням інформативного патогістологічного дослідження (ПГЗ). Таким чином, шлях від первинного звернення до остаточного підтвердження патології ендометрію займає великий проміжок часу, що може підвищити ризик злоякісної трансформації ГЕ або зменшити можливість пацієнтки мати дітей у пізньому репродуктивному віці. За даними літератури, розбіжність даних УЗД та ПГЗ може досягати 25-40%.

Мета дослідження: на підставі комплексного обстеження жінок, дати оцінку значення функціональних методів в діагностиці патології ендометрію.

Матеріали та методи Проведено комплексне обстеження 25 жінок гіперпластичними процесами ендометрію та подальший аналіз результатів ПГЗ.

Результати дослідження Жінки які брали участь у дослідженні були віком від 26 до 59 років. Слід зазначити, що більшість пацієнток, а саме 60%, були перименопаузального віку.

За даними УЗД лідируюче положення належить гіперплазії ендометрію (40%), друге місце розділили поліп ендометрію (24%) та лейоміома матки (24%), найменшу частину займав ендометріоз (8%) та поліп цервікального каналу (4%). За результатами аналізу ПГЗ, у 18 пацієнток, що склало 76%, підтверджена гіперплазія ендометрію, у 15% - лейоміома матки, 7% - непролиферативні процеси та атрофія ендометрію у 3%. Співставлення результатів УЗД та ПГЗ дозволили встановити, що лише в 40% випадків діагнози збігалися. У 60% жінок діагностика була або недостатня, або мала місце гіпердіагностика. В 16% випадків за даними УЗД хибно виявлена ГЕ, а в 36% випадків ГЕ прийняли за ендометріоз та лейоміому матки.

Висновок. Проведене дослідження свідчить, що застосування тільки УЗД для діагностики внутрішньоматкової патології збільшує відсоток як хибно-позитивних, так і хибно-негативних результатів та свідчить про його низьку інформативну цінність.