

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Почерняєва В.Ф., Васько Л.М.,
Жукова Т.О., Нестуля К.І., Дуднік Т.О.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Аналіз статистичних даних свідчить про зростання частоти раку прямої кишки (РПК). За даними Українського національного канцер-реєстру, захворюваність на цю патологію складає 19,7 випадку на 100 000 населення на рік, а смертність – 12,1 випадку. У Полтавській області ці показники складають відповідно 22,6 та 14,9. До того ж, у 32% хворих на РПК при первинному зверненні діагностують занедбані випадки захворювання, а 31% пацієнтів не проживає одного року з моменту встановлення діагнозу. Висока летальність серед таких хворих протягом першого року після встановлення діагнозу є одним із найбільш об'єктивних параметрів, що відображає стан діагностики та лікування даної категорії хворих.

Метою нашої роботи стало вивчення можливостей променевих методів дослідження у первинній діагностиці місцевопоширеного РПК.

Матеріал і методи. Для вирішення поставленої мети дослідження було піддано всебічному та комплексному обстеженню 40 хворих на місцевопоширений РПК, що перебували на лікуванні в проктологічному відділенні та у відділенні променевої терапії Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Із них — 22 (55,0%) чоловіки та 18 (45,0%) жінок віком від 39 до 82 років. Всі пацієнти на етапі обстеження мали верифікацію місцевопоширеного раку прямої кишки гістологічно: у 97,9% це були аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Для встановлення діагнозу та визначення поширеності процесу всім хворим було проведено пальцьове дослідження, ректороманоскопію (РРС), іригоскопію з одномоментним подвійним контрастуванням, УЗД із застосуванням трансректального датчика (ТРУЗД) та спіральну комп'ютерну томографію (СКТ).

Результати дослідження. У результаті пальцевого дослідження у 37 (92,5%) хворих було виявлено наявність пухлинного утворення, його локалізацію, рухливість, звуження просвіту кишки. У 3 (7,5%) хворих пухлини локалізувались у верхньоампулярному відділі і були не досяжні пальцьовому обстеженню. Обстежити всі відділи прямої кишки разом з можливістю проведення біопсії дозволило застосування РРС. Але у хворих зі значним стенозуванням просвіту кишки не вдалося визначити протяжність ураження по довжині. При виконанні іригоскопії оцінювали локалізацію, тип росту пухлини, протяжність ураження по довжині кишки та ступінь стенозу просвіту. Встановлено, що у 7,5% хворих пухлина локалізувалась у верхньоампулярному відділі, у 52,5% хворих – у середньоампулярному, у 40,0% — у нижньоампулярному. При цьому у разі екзофітного типу росту пухлини визначали наявність дефекта наповнення, при ендофітному характері росту пухлини діагностували циркулярне звуження просвіту кишки. Слід відмітити, що у 2 (5%) хворих бар'єр далі стенозу не пройшов, що не дало можливості визначити протяжність ураження по довжині кишки та ступінь стенозу. Водночас іригоскопія не дає можливості визначити розповсюдження процесу за межі стінки кишки та

діагностувати регіонарні і віддалені метастази. Для вирішення цих задач усім хворим було проведено СКТ. При аналізі результатів СКТ у 27 (67,5%) хворих було виявлено проростання пухлинного ураження в параректальну клітковину як симптом тяжистості по зовнішньому краю пухлини, що відповідало поширеності процесу Т3. У 13 (32,5%) хворих виявлено проростання пухлини в суміжні органи, що визначали як поширеність Т4. У 11 (27,5%) хворих діагностували збільшені регіонарні лімфатичні вузли. За даними ТРУЗД, при поширеності Т3 виявляли звуження просвіту кишки за рахунок потовщення стінки з порушенням диференціювання її шарів. При проростанні пухлини в параректальну клітковину зовнішній контур її був нечіткий, нерівний. Поширеність раку прямої кишки Т4, за даними ТРУЗД, визначали як виражене звуження просвіту кишки за рахунок новоутворення з нечітким, нерівним зовнішнім контуром, відсутністю диференціації шарів кишкової стінки та поширеністю в суміжні органи у всіх випадках.

Таким чином, діагноз РПК встановлюють на основі комплексного застосування променевих та ендоскопічних методик. Найбільш інформативною для діагностики МПРПК є СКТ. Але лише ТРУЗД дозволяє візуалізувати проростання пухлини в окремі шари кишкової стінки, що диктує доцільність поєднаного застосування методів СКТ та ТРУЗД для визначення поширеності РПК.

МДКТ-ПЕРФУЗИЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО НАБРЯКОВОГО ТА НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Рабій С.А., Соколовський І.М.,
Рижик В.М., Дудій П.Ф.
ЦМКЛ, м. Івано-Франківськ, ДВНЗ "ІФНМУ",
м. Івано-Франківськ

Вступ. Гострий панкреатит посідає третє місце серед захворювань черевної порожнини гострого перебігу та потребує лікування в хірургічному стаціонарі. Діагноз цього захворювання дає змогу уникнути екстреної операції або, навпаки, провести її, тому має бути надійним і точним. Наслідки діагностичної помилки можуть бути фатальними для пацієнта (Е.У. Хомутова і співавт. 2010). Специфічні лабораторні тести, УЗД чи КТ малоінформативні в розпізнаванні гострого набрякового та некротичного панкреатиту. МДКТ-перфузіографія – це метод променевого дослідження, який показує, скільки мілілітрів артеріальної крові проходить через 100 грамів тканини за одну хвилину. Перевагою перфузіографії є те, що ми можемо побачити ранні зміни в тканині пішлункової залози та визначити ділянки, в яких порушене кровопостачання (Sonja Kandel et al., 2009).

Мета. Вивчити можливості МДКТ-перфузіографії в диференціальній діагностиці гострого набрякового та некротичного панкреатиту.

Матеріали та методи. В умовах ЦМКЛ м. Івано-Франківська обстежено 22 пацієнти з гострим панкреатитом (всі чоловіки віком 39-47 років). Згоду пацієнтів на обстеження отримано. З метою віддиференціювати гострий набряковий від некротичного панкреатиту, пацієнти, які надходили до хірургічного відділення ЦМКЛ, були обстежені протягом однієї доби. МДКТ-перфузіографію проводили на апараті Aquillon Prime фірми Toshiba (Японія) при режимах: товщина зрізу – 0,5 мм×32, 0,5 мм×64; пітч – стандарт (Pitch Factor