

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 рентгеновським (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 рентгеновським (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.

Висновки. Традиційний рентгенологічний метод дослідження поряд з ендоскопічним є основними методами діагностики раку шлунка різної локалізації, які допомагають провести диференціальну діагностику з іншими захворюваннями, що мають схожий перебіг. В алгоритмі обстеження пацієнтів на РШ застосування цифрової рентгенографії, а потім ендоскопічного обстеження з прицільною біопсією дозволило поліпшити показники виявлення даної патології. Таким чином, методично правильно виконане цифрове дослідження шлунка дозволило поліпшити діагностику РШ і підвищити його виявлення на більш ранніх стадіях захворювання (з 16,1% при використанні звичайного рентгенологічного дослідження шлунка до 36% при цифровій рентгенографії шлунка). СКТ дозволяє провести диференціальну діагностику й отримати додатковий обсяг інформації в діагностиці та стадіюванні раку шлунка. Кардинальна зміна ситуації можлива тільки при поліпшенні виявлення хворих на ранніх стадіях і вимагає насамперед організаційних рішень і створення ефективної системи раннього виявлення РШ та інших пухлинних захворювань, у тому числі і шляхом стандартизації методики цифрової рентгенографії шлунка. Таким чином, скринінгова програма використання променевих методів діагностики раку шлунка потребує подальшого розвитку.

ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЛІВОГО ТА ПРАВОГО ШЛУНОЧКІВ

М.О. Бортний¹, Є.Л. Сиротніков², О.О. Романенко²,
І.В. Кузнецов²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти
МОЗ України

² КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 8»

Вступ. Ішемічна хвороба серця залишається, як і раніше, однією з основних проблем сучасної медицини, що пояснюється її великою поширеністю, високою смертністю та інвалідизацією. Переважна частина дослідників звертає увагу на стан лівого шлуночка серця, який уражається практично у всіх випадках гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Лише невелика кількість робіт присвячена вивченню стану правого шлуночка у хворих на ГІМ, що пояснюється значними труднощами в неінвазивній оцінці скоротливої функції правого шлуночка (ПШ). Проте останніми роками було показано, що некротичні зміни в стінці ПШ розвиваються приблизно у 15% всіх хворих на ГІМ, більше половини з яких відзначаються у хворих з інфарктом міокарда нижньої або задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ). Постінфарктна дисфункція ПШ вважається одним з найважливіших чинників несприятливого прогнозу у хворих, що перенесли ГІМ ЛШ. Ізольований інфаркт міокарда правого шлуночка (ІМПШ) зустрічається вкрай рідко (3-5%). Діагностика ІМПШ утруднена через особливості анатомічної будови ПШ, його кровопостачання, перебігу захворювання. **Метою нашої роботи** була оцінка можливостей сучасних методів променевої діагностики та лікування в гострому періоді ІМ лівого та правого шлуночків.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 16 пацієнтів (11 — із поєднаним інфарктом міокарда правого і лівого шлуночків (група А) та 5 — з ІМПШ (група Б)),

котрі перебували на лікуванні в міському кардіологічному центрі КЗОЗ «ХМКЛ № 8». Середній вік хворих склав 59 ± 8 років. Усім пацієнтам проведені загальноклінічне та рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (ОГК). Моніторинг ЕКГ та ехокардіографію (ЕхоКГ) проводили за стандартною методикою з використанням рекомендацій Американського ехокардіографічного товариства в 1-у, 3-ю та 7-у добу захворювання. У В-режимі за формулою "площа-довжина" розраховували кінцево-діастолічний об'єм (КДО) ЛШ (мл), кінцево-систолический об'єм (КСО) ЛШ (мл), фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%). Усім пацієнтам у гострий період ІМ проведена селективна коронарографія і транслюмінальна балонна ангіопластика (ТЛБА) зі стентуванням коронарних артерій в умовах відділення ангіографії, обладнаного рентгеноангіографічним комплексом BRANSIST alexa (фірма Shimadzu). Час від початку болю до госпіталізації в клініку склав $3,2 \pm 2,7$ години, час від початку болю до ангіопластики ("симптом-балон") — $4,8 \pm 2,5$ години.

Результати. При порівнянні показників скоротливої можливості ПШ, за даними ехокардіографії, було виявлено, що у хворих першої групи індекс локальної скоротливості ПШ був більшим, ніж у пацієнтів з ізольованим ІМПШ ($1,8 \pm 0,2$ і $1,3 \pm 0,1$). Крім того, у хворих з ІМПШ площа ураження міокарда була істотно більшою. У 4 пацієнтів з ІМПШ вогнище ІМ знаходилося в задній і передньолатеральній частині вільної стінки правого шлуночка і лише в 1 — в задній стінці. У групі А порушення локальної скоротливості ПШ у середньому складало 60 ± 11 проти $29 \pm 11\%$ у групі Б. Гіпертрофія стінки ПШ спостерігалася тільки в 1 пацієнта з ІМПШ, тоді як дилатація правого шлуночка — у 5. Дилатація ПШ була єдиною анатомічною особливістю, що відрізняла хворих з ІМПШ. Тромби в правому шлуночку виявлені у 2 хворих з ІМПШ. При порівнянні показників хворих обох груп не виявлено значних відмінностей між ними як щодо перебігу захворювання, так внутрішньосерцевої гемодинаміки. Водночас, дилатація ПШ частіше зустрічалася у хворих на ІМПШ.

За результатами діагностичної коронарографії, у пацієнтів групи Б спостерігалася ураження правої коронарної артерії (КА). Ступінь звуження правої КА був однаковим як у хворих з ІМПШ, так і у хворих з поєднаним ІМЛШ та ПШ. У всіх пацієнтів на ІМПШ визначали проксимальну оклюзію правої КА в поєднанні з ЕКГ-ознаками інфаркту стінки ПШ. У пацієнтів групи А — у 7 (63,3%) пацієнтів визначено поєднане ураження лівої і правої КА та у 4 (36,4%) осіб — передньої міжшлуночкової артерії. При цьому у 12 (75%) пацієнтів всіх досліджених тромбоз інфарктзалежної КА супроводжувався кровотоком ТІМІ 0, у 4 (25%) хворих кровотік зберігався на рівні ТІМІ I. ТЛБАП із встановленням стента проводилася "ad hoc" методом безпосередньо після виконання діагностичної коронарографії. Після попередньої реканалізації і предилатації всім пацієнтам проведена первинна коронарна ангіопластика зі стентуванням інфарктзалежної КА. У всіх пацієнтів був досягнутий кровотік ТІМІ III і залишковий стеноз менше ніж 10%, що є ангіографічним критерієм успішної процедури. ЕхоКГ-дослідження при госпіталізації виявило в середньому по групі нормальні параметри порожнин ЛШ і ПШ, однак систолічна функція ЛШ виявилася зниженою. Вже до 3-ї доби спостерігалася вірогідне поліпшення систолічної функції ЛШ — ФВ ЛШ збільшилася з 48,87 до 51,64% ($p < 0,01$), а до 7-ї доби — до 54,72% ($p < 0,001$). КДО ЛШ до 7-ї доби спостереження зменшився з 131,8 до 128,6 мл ($p < 0,05$).