

ственно в возрасте от 2 до 5 лет, но иногда опухоли почек могут наблюдаться у детей первых месяцев жизни и новорожденных. Самой распространенной в детском возрасте опухолью почек является смешанная опухоль (аденомиосаркома) или опухоль Вильмса. Клиническая картина опухоли Вильмса имеет особенности по сравнению с опухолями почек у взрослых. Диагностика опухолей почек у детей является одной из актуальных проблем современной урологии, педиатрии и рентгенологии в связи с нарастанием частоты и трудностями дифференциальной диагностики.

Цель работы. Изучение особенностей рентгенологической картины злокачественных опухолей почек у детей при различных методах исследования.

Материал и методы. Изучены данные, полученные при проведении рентгенологического исследования 18 человек (11 мал. и 7 дев.) в возрасте от 1,5 до 9 лет, находящихся на лечении с диагнозом опухоли почки (аденомиосаркомы). Рентгенологическое исследование почек включало обзорный снимок и экскреторную урографию, компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С целью верификации диагноза всем больным проводилось полное клинико-лабораторное исследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Для исключения вторичного поражения органов грудной и брюшной полости 11 пациентам проводилась рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки (ОГК), 2 – рентгеноскопия с контрастированием пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, у 8 детей проводилась ирригография.

Результаты. На обзорных урограммах симптоматика опухоли Вильмса становится отчетливой по достижению опухолью больших размеров. На нашем материале в 55,6% случаев при правосторонней локализации процесса в проекции правой почки отмечалась однородная тень средней интенсивности со смещением петель тонкой и толстой кишок влево и вниз. При левосторонней локализации аденомиосаркомы (33,3%) определялось смещение петель кишечника вниз и вправо, деформация газового пузыря желудка и оттеснение его вверх и латерально. У 11,1% исследованных диагностирована двусторонняя опухоль Вильмса, которая на обзорных урограммах проявлялась однородным интенсивным затемнением в проекции обеих почек, смещением петель кишечника вниз, деформацией газового пузыря желудка и оттеснением его вверх.

На экскреторных урограммах отмечались признаки деформации и разрушения чашечно-лоханочной системы. При односторонней локализации опухоли (88,9%) вначале отмечалось оттеснение, смещение, раздвигание чашечек и лоханки, затем, в более поздние сроки, определялось укорочение, уплощение, деформация чашечек и лоханки с последующей их ампутацией. Для двусторонней опухоли Вильмса (11,1%) была характерна ампутация малых и больших чашечек; сдавление, изгиб, смещение кнутри верхней трети мочеточника.

При КТ опухоли Вильмса определялась в виде низкоплотного образования, с деформацией и смещением почечной паренхимы. Наличие кальцификатов в опухоли отмечалось у 16,7% пациентов. Увеличение парааортальных лимфатических узлов и узлов ворот почек было выявлено в 27,8% случаев. У 22,2% больных по данным КТ отмечалась инвазия нижней полой вены.

Метастатическое поражение опухоли Вильмса в легкие в виде узловатых теней по данным обзорной рентгенографии и КТ ОГК отмечалось у 16,7% детей. По данным КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в 11,1% случаев диагностированы метастазы в печень и в противоположную почку. У 1 пациента определялись остеолитические метастазы в кости таза.

Нередко опухоль Вильмса приходится дифференцировать от внепочечной опухоли забрюшинного пространства, в частности нейробластомы, при которой тоже наблюдается сдавление, смещение и раздвигание элементов чашечно-лоханочной системы. Однако при нейробластоме, в отличие от опухоли почки, на ранних стадиях развития не отмечаются разрушения и ампутации чашечно-лоханочной системы, мочеточник смещается не кнутри, а кнаружи.

Выводы. Таким образом, рентгенологические методы исследования являются одними из ведущих в диагностике опухолей почек у детей, позволяют достоверно исключить данное заболевание и провести дифференциальную диагностику с другими опухолями. Компьютерная томография является наиболее информативной из рентгеновских методик исследования и позволяет судить о размерах, форме, контурах, макроструктуре опухолей почек, а также о состоянии соседних органов и их взаимоотношениях с почками.

СУЧАСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВУЗЛОВИХ МАСТОПАТІЙ

Крахмальова А.С., Головки Т.С., Крахмальова Л.П.
Національний інститут раку, м. Київ

Актуальність. Відомо, що доброякісні новоутворення збільшують ризик розвитку раку грудної залози в 3-5 разів, а вузлова мастопатія з проліферацією епітелію – в 30-40 разів. Виявлення вузлової мастопатії з проліферацією епітелію як передракового захворювання грудних залоз (ГЗ) та пошук критеріїв ранньої діагностики передракових станів принципово важливі в структурі онкологічної захворюваності. В Україні рак ГЗ посідає перше місце.

Метою роботи є вивчення можливостей сучасних технологій променевої діагностики з використанням новітніх методів візуалізації, які дозволяють виявити вузловий фіброаденоматоз грудних залоз.

Матеріали та методи. За період з 2013 по 2016 рік. у Національному інституті раку було обстежено 703 жінки віком від 20 до 60 років. Комплексне обстеження включало клінічний огляд, рентгенологічні та ультразвукові дослідження (УЗД) з доплеро- і еластографією, магнітно-резонансною томографією (МРТ) з контрастним підсиленням. Верифікація діагнозу проводилась взяттям матеріалу тонко- та товстоголковою біопсією, під контролем УЗД, а також за допомогою стереотаксичної приставки Giotto.

Результати. Вузловий фіброаденоматоз ГЗ був встановлений у 319 пацієнток. Визначені найбільш характерні рентгенологічні ознаки вузлового фіброаденоматозу: чіткі (46,2%), нерівні контури (73,1%) неправильна форма (61,2%), неоднорідна структура (74,6%) за рахунок переваги залозистого (55,2%) чи фіброзного компонентів (23,9%), розміри від 1 см до 2 см (32,8%), відсутність реакції з боку оточуючих тканин (94%). При

УЗД характерними були нечіткі (46,3%), нерівні контури (86,6%), неправильна форма (73,1%), неоднорідна структура (80,6%). При доплерівському картуванні патологічне утворення частіше було аваскулярне (43,3%). На еластограмах вузлові утворення зафарбувались у синій колір з перевагою блакитного та світло-зеленого відтінків, що свідчило про незначну його щільність (51,4%). МРТ-ознаками вузлового фіброаденоматозу були асиметрично поодинокі (60%), гіперденсні зони неоднорідної структури (100%), з нечіткими контурами (96%), помірним накопиченням (80%) та швидким виведенням контрастної речовини (86,6%).

Висновки. Крім традиційних методів діагностики (мамографія, УЗД) необхідною умовою для виявлення вузлових фіброаденоматозів ГЗ є також виконання поліпозиційної, прицільної маммографії, доплеро- і еластографії.

РЕНТГЕНРАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНЫ УКРАИНЫ

Куликова Ф.И., Уманов В.И.

*Днепропетровская областная клиническая больница
им. И.И. Мечникова*

Рентгенорадиологические отделения являются, ведомственной службой радиационной безопасности здравоохранения. Согласно действующему приказу МЗ Украины № 340 от 26.11.97, на них возложены контролирующие, методические и консультативные функции.

Рентгенорадиологические отделения (РРО) и радиологические отделения СЭС были организованы в 1959 году почти одновременно. Существовавшие до этого рентгеновские станции занимались почти исключительно техническим обслуживанием и дозиметрией рентгеновских аппаратов. Все прочие аспекты радиологического контроля и снижения лучевой нагрузки на население за счет лучевой диагностики и терапии оставались за пределами их деятельности.

При организации радиологических отделений СЭС и ОРРО были предусмотрены штаты, оснащение приборами и пр. Однако с самого начала их организация коренным образом отличалась. В СЭС радиологические отделения выполняли функцию контроля внешней среды после многочисленных испытаний ядерного оружия. Поэтому они были укомплектованы обученными кадрами и оснащены в соответствии с табелем оснащения. Радиологические отделения территориальных СЭС руководились по вертикали — радиологическим отделением в составе Центральной республиканской СЭС и являлись органами государственного надзора с правом назначить штраф административному лицу, опечатывать кабинеты, аппараты и т.д. Контроль источников ионизирующего излучения здравоохранения был для них не единственной и далеко не первоочередной задачей — радиационный контроль в больницах СЭС проводили выборочно раз в несколько лет.

Областные рентгенорадиологические отделения изначально курировали только медицинские учреждения, контролируя, консультируя, оказывая методическую помощь. Вместе с тем в некоторых областных больницах еще много лет продолжали существовать рентгеновские станции с ограниченными функциями. В Днепропетровской области ОРРО было организовано в 1981 году, а с 2011 года отделение преобразовано в

областной Центр радиационной безопасности и медицинской радиологии — ОЦРБМР.

В настоящее время в условиях коренной реорганизации, а точнее — почти полной ликвидации СЭС, о лучевой нагрузке персонала подразделений здравоохранения, эксплуатирующих источники ионизирующего излучения, можно сделать заключение только на основании протоколов радиационного контроля, которые выдает ОРРО. Это первичный основной документ. Органы государственной инспекции ядерного регулирования (ГИЯР), организованные в 2000 году, радиационный контроль не проводили и не проводят. Таким образом, из трех организаций, контролирующей радиационную безопасность — ГИЯР, СЭС и ОРРО, последние являются и первичным, и основным органом надзора.

Кроме того, в отличие от двух первых упомянутых органов, все ОРРО и наш Центр являются не только контролирующим, но и методическим органом, оказывающим консультативную помощь учреждениям здравоохранения в решении множества практических вопросов. В частности, нашим Центром разработаны практически все типовые инструкции по радиационной безопасности, положения и приказы, необходимые для получения лицензии и текущей работы отделений и кабинетов.

Современные тенденции в вопросах обеспечения радиационной безопасности пациентов направлены на повышение качества медицинской помощи. При этом критерием качества в рентгенодиагностике является установление оптимальных соотношений между качеством изображения, необходимого для постановки диагноза, и дозой облучения пациентов путем выбора оптимальных физико-технических параметров. В связи с этим особое значение приобретает измерение дозоформирующих параметров рентгенаппаратов.

На каком-то этапе этим вопросом занимались учреждения государственной службы стандартизации, метрологии и сертификации. Однако в настоящее время она также подвергается реорганизации. Таким образом, и этот аспект радиационного контроля и обеспечения радиационной безопасности пациентов и персонала остается за рентгенорадиологическими отделениями.

Учитывая все вышеизложенное, считаем необходимым при переработке приказа Министерства здравоохранения № 340 от 26.11.97 подчеркнуть первостепенную роль ОРРО в обеспечении радиационной безопасности в учреждениях здравоохранения Украины и пересмотреть в сторону увеличения их штаты и материальное обеспечение.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ОФЭКТ/КТ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кундин В.Ю., Новерко И.В.,

Мазур А.Г., Андриенко М.И.

Государственное учреждение

«Институт сердца МЗ Украины», г. Киев

Национальный медицинский университет

им. А.А. Богомольца, г. Киев

Введение. Основной методикой оценки перфузии миокарда в кардиологии и кардиохирургии является миокардиосцинтиграфия (МСГ) по технологии однофотонной эмиссионной КТ (ОФЭКТ). Однако технология ОФЭКТ у части пациентов не позволяет достоверно оценить коронарный кровоток и степень его нарушения