

85 років, середній вік – 64,9 року. Щодо локалізації РПК, то серед них переважно більшість становили хворі з ураженнями середньоампулярного — 53,6% та нижньоампулярного — 40,5% відділів прямої кишки. Гістологічно – це були аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Спіральну комп'ютерну томографію проводили на апараті CT/e Dual фірми GE (США) у звичайному режимі за стандартними методиками. Ультразвукове дослідження проводилось тільки хворим II групи на апараті Acuson фірми Siemens з трансректального доступу із застосуванням відповідного датчика з частотою 5,0 МГц. Згідно з рекомендаціями, ТРУЗД виконувались тільки після пальцевого обстеження прямої кишки та ректороманоскопії.

На доопераційному етапі СКТ дозволила визначити локалізацію та поширеність раку прямої кишки за окружність та довжиною кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів. Але цей метод дослідження не дозволив візуалізувати проростання пухлини в окремі шари кишкової стінки, зокрема в м'язовий шар, що є визначним у диференціальній діагностиці локалізованого МП РПК. Встановлена діагностична інформативність методів досліджень залежно від стадії РПК. Визначено, що точність, чутливість та специфічність СКТ при РПК Т3 становить 84,2, 86,3 та 66,7% відповідно, при Т4 – 85,8, 91,3 та 60,0% відповідно.

За даними ТРУЗД, проростання пухлинним процесом м'язового шару стінки ми визначали як поширеність Т3. Після проведеної НХПТ зменшення розмірів пухлини визначалось за рахунок появи в межах стінки кишки зон склерозування, що на ТРУЗД-зображеннях локувались як множинні ділянки підвищеної ехогенності неоднорідної структури. Ультразвуковою ознакою проростання пухлини в параректальну клітковину при Т4 була наявність нечіткого її зовнішнього контуру. Після НХПТ зменшення проростання пухлинного процесу у параректальну клітковину діагностовано в 37,5% хворих. Встановлено, що застосування методу трансректальної ультразвукової діагностики для раку прямої кишки з поширеністю Т3 є інформативним: точність, чутливість та специфічність відповідає 92,3, 94,8 та 85,8%. При Т4 ці показники становили 78,6, 83,3, та 50,0%, що пов'язано з інвазією пухлинним процесом усіх шарів кишкової стінки і значним проростанням за її межі, а також зі стенозуванням просвіту прямої кишки.

За даними СКТ, чутливість при поширеності Т4 була значно вищою (91,3%), ніж за даними ТРУЗД. Однак специфічність СКТ знаходиться на низькому рівні (66,7% при Т3 та 60,0% при Т4 відповідно), що обґрунтовує необхідність доповнення його методом ТРУЗД для більш точної діагностики та ефективності стадіювання МП РПК. До того ж додаткове застосування ТРУЗД при МП РПК Т3 стадії на статистично значущому рівні підвищує діагностичну інформативність у 1,4 раза.

Отже, досить актуальним постає питання необхідності обстеження хворих на МП РПК з одночасним застосуванням методів СКТ та ТРУЗД, що дозволить адекватно діагностувати променеві ознаки регресії пухлинного процесу, чітко візуалізувати шари стінки прямої кишки та глибину інвазії пухлини. Тому суміс-

не застосування цих методів до та після НХПТ дає можливість вірогідно об'єктивізувати відповідь пухлини на лікування з метою визначення розширення операбельності МП РПК та можливості виконання сфінктерозберігаючих операцій.

## МОЖЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ СЕПТОПЛАСТИКИ

*Белоус І.В.*

*Київська клінічна лікарня  
на залізничному транспорті № 2 філії  
«Центр охорони здоров'я»  
ПАТ «Українська залізниця», м. Київ*

**Вступ.** Виражена деформація носової перегородки (НП) призводить до низки патологічних станів (утруднення носового дихання, змін з боку слизової оболонки носа, гіпоксії, зміни суміжних органів) і потребує хірургічного лікування – септопластики. При септопластиці існує небезпека розвитку низки ускладнень, що пов'язано з травматизацією тканин в процесі проведення операції. Застосування методу комп'ютерної томографії (КТ) суттєво поліпшило діагностику морфологічних змін НП після проведення оперативних втручань.

**Мета** — вивчити можливості КТ під час оцінки ускладнень після септопластики у хворих із викривленням НП.

**Матеріал і методи.** Обстежено 42 пацієнти (18 чоловіків та 24 жінки віком від 19 до 52 років) на 7-14-у добу після проведення септопластики. Корекція НП виконувалась з приводу утруднення носового дихання, хронічного риніту; отиту, евстахіїту, синуситу, наявності зовнішніх косметичних дефектів. КТ виконана на спіральному однозрізовому комп'ютерному томографі General Electric Ct/e в аксіальній проекції (положення пацієнта на спині) з товщиною зрізу 1 мм, наступними мультипланарними реконструкціями в корональній та сагітальній проекціях. Усім хворим проведена передня риноскопія. Статистичний аналіз проводився з використанням програми для роботи з електронними таблицями (Microsoft Office Excel).

**Результати досліджень та їх обговорення.** За даними КТ у 13 (30,9%) хворих виявлені ускладнення у післяопераційному періоді. Найбільшу частку становили гематоми під слизовою оболонкою в ділянці операційного поля, які спостерігались в 6 (46,1%) випадках. У 4 (30,7%) хворих виявлені ознаки синуситу з наявністю в порожнинах придаткових пазух неоднорідного рідинного вмісту (гнійне запалення). За допомогою КТ у 2 (15,4%) випадках встановлено деформацію НП унаслідок технічно неправильного виконання хірургічної корекції. У одного (7,8%) хворого КТ дозволила виявити порожнину в ділянці НП з ознаками абсцедування, що потребувало проведення повторного оперативного втручання.

**Висновки.** Застосування сучасної неінвазивної КТ після операційних втручань на НП дозволяє своєчасно діагностувати ускладнення, оцінювати морфологічні зміни НП та стан суміжних органів лицевої ділянки, що особливо важливо для визначення ефективності результатів септопластики, подальшої тактики лікування та реабілітації.