

ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РАДІОЛОГІЇ (ДО 90-РІЧЧЯ КАФЕДРИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ХМАПО)» 21-22 ВЕРЕСНЯ, М. ОДЕСА

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ

Балака С.Н., Красносельский Н.В.

ГУ «Институт медицинской радиологии

им. С.П. Григорьева НАМН Украины»

Харьковская медицинская академия

последипломного образования, г. Харьков

Вступление. Последние 20-30 лет характеризуются повсеместным стремительным научно-техническим прогрессом, в том числе и в медицине. Использование инновационных технических решений способствует значительному успеху в лечении больных со злокачественными заболеваниями. Разрушительные, калечащие объемы хирургических вмешательств уступают место малоинвазивным операциям, а пациенты, ранее считавшиеся неизлечимыми, преодолевают трех и пятилетний срок продолжительности жизни.

Цель. Изучение возможностей выполнения радиочастотной абляции (РЧА) метастазов злокачественных опухолей различной локализации под контролем методов инструментальной визуализации.

Материалы и методы. В исследовании приняты участие 24 больных с метастатическим поражением печени (14 – 58,3%), легких (8 – 33,3%), мягкой тканей грудной стенки (2 – 8,3%), брюшной стенки и забрюшинного пространства (3 – 12,5%), почки (1 – 4,2%), которым было выполнено 45 сеансов РЧА. Значительно чаще встречались метастазы колоректального рака и рака грудной железы (в 12 (50%) и 8 (33,3%) случаях соответственно), чем рака легкого (в 3 (12,5%) случаях), поджелудочной железы, почки, языка и меланомы (по одному случаю). Размеры образований составили от 5 до 52 см (средний размер – 21,6 см). Вмешательство осуществляли с помощью аппарата CoolTip E series электродами с рабочей поверхностью 20 и 30 мм (в том числе двумя и более электродами одновременно в 11 случаях), которые вводили под УЗ-наведением в 19 (79,2%), под КТ – в 4 (16,7%) и УЗ+КТ – в 5 (20,8%) случаях (из них интраоперационно у 4 больных при удалении основного очага).

Результаты и их обсуждение. РЧА метастазов в печени выполнена у 14 (58,3%) больных. Показаниями для проведения манипуляции было наличие до 5 образований размером не более 35 мм в диаметре при отсутствии другой локализации метастазов, а также расположение очага дальше чем в 5 мм от стенки желчного пузыря, крупных желчных протоков и сосудов более 3 мм в диаметре, а также прилежащих петель кишечника. Локальная деструкция метастазов легкого выполнена у 8 больных. Показанием к проведению процедуры послужило наличие одиночных образований с расположением не менее чем в 5 мм от жизненно важных структур средостения, сосудов и бронхов калибром 3 и более миллиметров. В одном случае выполнена РЧА метас-

таза рака грудной железы в почку, а в 5 случаях – при «нестандартной» для вмешательства локализации опухоли (забрюшинно – в 1, в толще брюшной и грудной стенок – по 2 случая). При локализации образования вблизи жизненно важных структур выполняли защиту от термической травмы путем гидропрепаровки и локального охлаждения элементов пищеварительной трубки.

При размере очага до 15 мм использованы электроды с рабочей поверхностью 20 мм, от 12 до 20 мм – 30 мм, а при размере 30 мм и более применялись одновременно 3 электрода с рабочей поверхностью 30 мм. Время абляции составило от 12 до 20 мин и зависело от размеров метастазов и количества используемых электродов. Во всех случаях создавали зону термического некроза тканей, превышающую диаметр образования на 5-10 мм.

В 4 случаях в послеоперационном периоде наблюдалось развитие постабляционного синдрома, что потребовало проведения дополнительных консервативных мероприятий. Точечный ожог кожи в месте пункции был в 7 (15,6%) наблюдениях и наиболее часто встречался в начале освоения методики. Всего осложнения выявлены в 50% случаев, при этом дополнительное лечение назначено в 28,6% случаев. Средний послеоперационный койко-день составил 2,6 (1-7) при РЧА и 14,5 (10-17) суток при сочетании с открытым вмешательством.

Период наблюдения составил от 1 до 15 месяцев. Локальный рецидив выявлен у 1 больного с наличием метастаза в легком более 50 мм в диаметре. В 85,7% случаев данных за локальное рецидивирование заболевания не выявлено. У одного больного через 6 месяцев была выполнена повторная РЧА вновь выявленного метастаза брюшной стенки. В послеоперационном периоде в срок от 1 до 5 месяцев умерло 3 (12,5%) больных в связи с диссеминацией и прогрессированием опухолевого процесса.

Выводы. Радиочастотная абляция является высокоэффективным малоинвазивным методом лечения метастазов злокачественных новообразований при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к ее выполнению. Полученные результаты являются основанием для расширения области применения РЧА у больных с метастатическими очагами различной локализации.

СУДИННІ СИНДРОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ РАДІОЛОГІЇ (ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ)

Баранішина А.О., Баранішин О.А., Сімрок Д.В.,

Шаповалов Т.М., Гриценко І.Й.,

Паламарь А.І., Дереш Н.В.

Лікувально-діагностичний центр «Омега», м. Київ

Вступ. Мультидетекторна комп'ютерна томографія з оптимізованими протоколами та технікою сканування дозволяє оцінити варіанти анатомії та патологію не тільки паренхіматозних і порожнистих внут-

рішніх органів, але й судин, завдяки використанню артеріальної та венозної фаз у рутинних абдомінальних дослідженнях.

Мета. Продемонструвати випадки судинних синдромів з практики, які можуть зустрічатись в абдомінальній радіології.

Матеріали та методи. Проаналізовані комп'ютерні томограми органів живота і таза дорослих пацієнтів, однаковою мірою за статтю, що виконувались у медичному центрі «Омега-Київ» протягом 2015-2017 рр. на комп'ютерному томографі Brilliance-64 фірми Philips. Проводилось мультифазне сканування з довшим болюсним введенням контрастної речовини (ультравіст-370, томогексол-350) зі швидкістю введення 4-5 мл/с. Далі виконувалась обробка первинних даних на робочих станціях Philips з використанням MPR, MIP, VR, криволінійних реконструкцій, AVA (vessel extraction) для вивчення судинної анатомії з наступним виконанням 3D-моделей.

Результати дослідження представлені у вигляді КТ-зображень і 3D-моделей у конкретних клінічних випадках обстежень. Під час досліджень були виявлені такі судинні синдроми: аневризми черевної аорти, дисекція черевної аорти, дисекція гілок черевної аорти (як продовження дисекції аорти та спонтанні), пенетруючі виразки аорти, атеросклеротичні та тромбоемболічні стенози мезентеріальних артерій, компресія черевного стовбура медіанною аркуатною зв'язкою діафрагми (син. англ. MALS, Dunbar-Syndrom) без/та з постстенотичним розширенням, ектазія панкреатодуоденальних колатералей, оклюзія черевного стовбура з наявністю мішкоподібних аневризм арки Бюхлера (Buhler arch), компресія лівої ниркової вени в аорто-мезентеріальному куті (син. англ. Nutcracker, синдром лускунчика) з варикозним розширенням оваріальної і тазових вен, компресія ретроаортальної ниркової вени, аорто-мезентеріальна компресія нижнього горизонтального сегменту дванадцятипалої кишки (син. англ. SMA syndrome), вазоренальні синдроми (синдром Фролея з гідрокалікозом, компресія піелоуретерального сегменту — UPJ-синдром), артеріовенозна фістула правої нирки, артеріовенозна фістула між загальною клубовою веною та загальною клубовою артерією, мішкоподібна аневризма аберантної маткової артерії, мішкоподібна аневризма печінкової артерії (в т.ч. після панкреатодуоденальної резекції), мішкоподібна аневризма селезінкової артерії, псевдоаневризми артерій як ускладнення панкреатиту, фібромускулярна дисплазія ниркових артерій, грудна секвестрація легенів з кровопостачанням від черевної аорти, аневризми підслизових артерій шлунка (синдром Делафуа), ангіодисплазія кишки, кавернозні трансформації портальної та селезінкової вен на тлі хронічної оклюзії, портокавальні варикси на тлі цирозу печінки, аневризма верхньої мезентеріальної вени.

Висновки. Виявлені різноманітні судинні синдроми при рутинних абдомінальних дослідженнях, які були причиною як конкретних клінічних синдромів, так і випадковими знахідками. Важливо, щоб їх діагностика базувалася не лише на результатах візуалізації, але співставлялась з іншими клінічними даними, а презентація була наглядна для розуміння клініцистом.

РЕНТГЕНО-ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ НАБРЯКУ ЛЕГЕНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ І ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ

Бортний М.О., Шармазанова О.П., Шаповалова В.В., Мангов А.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Вступ. Набряк легенів (НЛ) — це важкий патологічний стан, пов'язаний із масивним виходом трансудату незапальної природи з капілярів в інтерстицій легенів, а потім в альвеоли. Залежно від його причин НЛ ділять на 2 типи: мембранозний (розвивається при впливі на організм екзогенних або ендогенних токсинів, що порушують цілісність судинної стінки і стінки альвеоли, в результаті чого рідина з капілярів потрапляє в легені); гідростатичний (розвивається на тлі захворювань, що викликають підвищення гідростатичного тиску всередині судин, що призводить до виходу плазми крові із судин в інтерстиціальний простір легенів, а потім і в альвеоли).

Мета. Провести диференціальну діагностику кардіогенного НЛ у пацієнтів із гострим коронарним синдромом і мембранозного набряку легенів при ГРДС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічних, рентгенологічних і даних комп'ютерно-томографічного (КТ) досліджень у 26 пацієнтів, які перебували на лікуванні в реанімаційному відділенні регіонального кардіологічного центру м. Харкова. Пацієнти були розподілені на дві групи: перша група — 17 пацієнтів з кардіогенним НЛ, друга група — 9 пацієнтів з НЛ при респіраторному дистрес-синдромі (ГРДС) (мембраногенний НЛ). Рентгенографію органів грудної клітки (ОГК) проводили на аналоговому рентгенологічному пересувному (палатному) апараті 9Л5, мультиспіральною комп'ютерну томографію проводили на апараті SOMATOM Definition AS (64). Патоморфологічне дослідження отриманого матеріалу було проведено за допомогою цифрових мікроскопів та відповідних програмних комплексів.

Результати. Рентгенологічна картина в початковій фазі інтерстиціального набряку легенів була ідентична у пацієнтів в обох групах спостережень. При прогресуванні патологічного процесу рентгенологічна та КТ-картина при ГРДС характеризувалася дифузним ущільненням легеневої тканини більше в залежних зонах, задніх і базальних сегментах, тоді як у хворих з кардіогенним набряком зміни спостерігалися більше в центральній зоні, з наявністю випоту в плевральні порожнини та розширенням меж серця.

У фазу зворотного розвитку НЛ при ГРДС відзначалися ретикулярні зміни. Для кардіогенного НЛ більш характерним було посилення легеневого рисунка за венозним типом із перибронхіальними і перивазальними змінами. Виявлено залежність отриманих рентгенологічних і КТ-даних від динаміки клінічної картини і конкретної нозології, що зумовило розвиток патологічного процесу. Морфологічний процес при мембраногенному та кардіогенному НЛ мав принципово різний механізм. Для ГРДС було характерно пошкодження капілярів міжальвеолярних перегородок. Морфологічно можна було виділити три основні стадії: першу — ексудативну (6-24 годи-