

ни від впливу етіологічного чинника), котра характеризується застоєм у капілярах, ексудацією до альвеол геморагічної рідини з високим вмістом білка і формуванням гіалінових мембран, другу – проліферативну з регенерацією альвеолярного епітелію і організацією фібринозного ексудату, третю — фіброзну з рубцюванням легеневої тканини. При кардіогенному НЛ перелічені ознаки були відсутні, і вихід рідини в альвеоли був пов'язаний із порушенням скорочувальної функції серцевого м'яза, зумовленої інфарктом міокарда.

Таким чином, відмінними ознаками НЛ при пошкодженні капілярів є: — нормальний розподіл легеневого кровотоку; — одночасний розвиток інтерстиціального та альвеолярного набряку; — відсутність рідини в плевральній порожнині, лінії Керлі, перибронхіальних і периваскулярних змін; — периферичний розподіл набрякової рідини; — симптом «повітряної бронхографії» при альвеолярному набряку. Така рентгенологічна картина спостерігається відносно рідко, як правило, в перші години і дні розвитку патологічного процесу, до початку активних лікувальних заходів. Надалі швидко внутрішньовенне введення значної кількості рідини, лівошлунчкова недостатність, яка приєднується, призводять до появи рентгенологічних ознак гідростатичного НЛ. Найбільше практичне значення має правильне розмежування симптомів власне набряку при пошкодженні капілярів і ознак гіпергідратації. Основним клінічним симптомом ГРДС є швидко прогресуюча дихальна недостатність з одночасним зниженням насичення артеріальної крові киснем. В основі лікувальної тактики лежить штучна вентиляція легенів із позитивним тиском на видиху, що істотно впливає на рентгенологічну картину НЛ: штучне збільшення повітрянаповнення легенів призводить до удаваного зменшення набряку, однак об'єм позасудинної рідини в легеневій тканині при цьому залишається незмінним. Тому під час оцінки динаміки у пацієнтів на ГРДС необхідно враховувати, в яких умовах виконувалися рентгенологічні дослідження.

**Висновки.** Отримані дані диференціальної променевої діагностики кардіогенного НЛ при гострому коронарному синдромі та мембраногенного набряку легенів при ГРДС допоможуть лікарю-реаніматологу в невідкладній диференціальній діагностиці різних видів респіраторної недостатності та проведенні адекватної невідкладної медикаментозної допомоги.

## ДІАГНОСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

*Бортний Н.А.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины*

**Актуальность.** Аденокарцинома желудка, обычно называемая раком желудка (РЖ), относится к первично злокачественным опухолям, возникающим из желудочного эпителия. Это наиболее распространенное злокачественное заболевание желудка. По данным Международного агентства по изучению онкологических заболеваний (International Agency for Research on Cancer), рак желудка находится на 4-м месте по распространенности, а в структуре онкологической смертности РЖ занимает 2-е место в мире. К 2020 г. прогнозируется рост числа заболевших до

1,3 млн, и, по прогнозам специалистов, в XXI веке по заболеваемости и смертности РЖ выйдет на первое место. РЖ у пациентов до 40 лет встречается достаточно редко, однако заболеваемость неуклонно растет с увеличением возраста и достигает пика на седьмом десятилетии жизни. Средний возраст при диагностике РЖ составляет от 68 до 75 лет. РЖ клинически имеет малосимптомный характер, особенно если это ранние формы рака, являющиеся потенциально хирургически излечимыми. В 50% случаев клинически могут иметь место неспецифические желудочно-кишечные паттерны: анорексия и потеря веса (95%), боль в животе, тошнота, рвота, раннее насыщение и др. Таким образом, РЖ во всем мире, в том числе и в Украине, остается чрезвычайно острой проблемой, а представленная тема является актуальной в плане ранней диагностики РЖ как с практической точки зрения, так и с научной.

**Цель** — повысить эффективность рентгенологической диагностики РЖ. В лекции будут представлены возможности, трудности и целесообразность рентгенологической диагностики РЖ, а также освещены вопросы дифференциальной рентгенодиагностики РЖ.

**Результаты и обсуждение.** Мультидетекторная компьютерная томография (МДКТ) является наиболее часто используемым методом для постановки диагноза РЖ, поскольку она обеспечивает более высокое разрешение сканирования с тонкой коллимацией. Магнитно-резонансная томография (МРТ), несмотря на лучшую визуализацию мягких тканей, менее предпочтительна, чем МДКТ, из-за длительного времени сканирования. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУСГ) рассматривается как высокоточный метод для определения глубины инвазии на ранних стадиях РЖ, но аналогична КТ в отношении T2 или T3 стадий поражения и ограничена в случае диффузно-инфильтративных опухолей. ЭУСГ может также использоваться для обнаружения перигастральных лимфатических узлов, однако не является надежным методом для обнаружения отдаленных метастазов. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) играет роль в выявлении отдаленных метастазов. МДКТ и ПЭТ полезны для оценки рецидива после хирургической резекции и ответа на химиотерапию и лучевую терапию. Как известно, чувствительность рентгенологического метода исследования при РЖ составляет 75%, в то время как исследование с двойным контрастированием имеет чувствительность 90-95%. Таким образом, рентгениследование желудка с двойным контрастированием обладает чувствительностью, сравнимой с чувствительностью эндоскопического метода исследования.

Рентгенологически различают: малые формы рака и развитой РЖ. К наиболее важным рентгенологическим признакам при подозрении на малый РЖ относят:

- 1) минимальные, ограниченные по площади участки перестройки рельефа слизистой оболочки с утолщением, хаотичным расположением складок, стойким утолщением даже одной из них;
- 2) наличие повторяющегося на рентгенограммах депо бария среди утолщенных или деформированных складок, даже если оно еще не имеет типичной картины «ниши»;
- 3) выявление на небольшом участке сглаженности складок слизистой оболочки, неровности, зазубренности контура желудка.

К малым формам РЖ относятся следующие морфологические типы: 1) полиповидный рак (возвышающееся в просвет образование > 5 мм (I тип – elevated type); 2) бляшковидный рак (поверхностное (плоское) поражение желудка, узловатость складок слизистой, часто с наличием изъязвлений (II тип – flat type); 3) инфильтративно-язвенная форма РЖ (вогнутый тип, утолщение и узловатость складок слизистой с наличием изъязвлений и обрывом складок (III тип – depressed type).

К развитым формам РЖ относят: I. Экзофитный рак (полиповидный, туберозный, чашеподобный). II. Эндофитный рак (ограниченно-инфильтративный, диффузно-инфильтративный, инфильтративно-язвенный). III. Смешанный РЖ.

Экзофитный рак рентгенологически в фазу тугого заполнения проявляется дефектом наполнения. Дефект наполнения, как правило, краевой, его длина преобладает над глубиной, контур неровный и нечеткий, может наблюдаться симптом «кулис» (при одновременном поражении передней и задней стенки). При нависании ракового узла над слизистой оболочкой возникает картина уступа («ступенька Гаудека»). Центральный дефект наполнения, как правило, встречается редко при раке либо передней, либо задней стенки желудка, когда опухоль вдаётся в просвет в виде узла. Контур неровный и нечеткий. Дефект наполнения определяется при полутугом заполнении либо при компрессии (тубусом, рукой) – симптом «пелота». Структура дефекта неоднородная с наличием депо бариевой взвеси. Изъязвления при РЖ имеют свои особенности: продольный размер больше поперечника и глубины; изъязвление располагается ближе к дистальному краю опухоли, имеет бухтообразные контуры; не выводится за контуры желудка, инфильтративный вал объемный, вытянут в продольном направлении, имеет неровные, фестончатые края.

Эндофитный рак рентгенологически проявляется: деформацией (сужением) органа с неровными и выпрямленными контурами (пораженный отдел желудка стойко сохраняет форму, не изменяется при дозированной компрессии, при двойном контрастировании, от фазы заполнения контрастом); стенки желудка ригидны; перистальтика отсутствует.

**Дифференциальная рентгенодиагностика.** РЖ при рентгенологическом исследовании следует дифференцировать с доброкачественными язвами желудка и полипами, лимфомами желудка, атрофическим гастритом, болезнью Менетрие, желудочными стромальными опухолями (GIST). Следует помнить, что Linitis plastica, являясь проявлением диффузно-инфильтративной формы РЖ, может быть вызван метастатическим раком грудной железы. В редких случаях лучевая терапия, болезнь Крона, туберкулез, саркоидоз и сифилис могут имитировать аденокарциному желудка.

**Выводы.** В заключение следует сказать, что проблема диагностики и дифференциальной диагностики РЖ является важной и актуальной. Стандартизация рентгенологического исследования желудка с использованием методики первичного двойного контрастирования может играть важную роль в диагностике, определении характера и распространённости процесса, а также при проведении дифференциальной диагностики рака желудка.

## ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ BI-RADS ДЛЯ ОЦІНКИ ДАНИХ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ МАМОГРАФІЇ

*Васько Л.М., Жукова Т.О.,*

*Пилипенко Н.С., Почерняєва В.Ф.*

*Медичний лікувально-діагностичний центр  
«Медіон», м. Полтава*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна  
академія», м. Полтава*

В останнє десятиріччя відмічається збільшення частоти захворювань молочних залоз у жінок, у тому числі на злоякісні новоутворення. У структурі онкологічної захворюваності в Україні рак молочної залози (РМЗ) у жінок посідає перше місце, становлячи, зокрема, в Полтавській області 67,3 випадку на 100 тис. жіночого населення. За таких обставин важливим завданням променевої діагностики є виявлення ранніх стадій раку молочних залоз з метою підвищення ефективності лікування. Так, при РМЗ I стадії (на момент виявлення) 5-річна виживаність становить 95%, а при IV стадії – менше ніж 10%. За даними останніх досліджень, при мамографічному дослідженні у жінок з високою щільністю залозистої тканини чи значними фіброзними змінами кількість невиявлених випадків раку становить 42-45%.

Тому надзвичайно актуальним постає застосування у таких випадках більш інформативних методів дослідження, зокрема магнітно-резонансної мамографії (MP-мамографії) з внутрішньовенним введенням гадолінійвмісних контрастних речовин. Даний метод володіє високою контрастністю м'яких тканин, можливістю виявляти пухлини розміром до 3 мм та диференціювати добро- та злоякісні утворення, інвазивний та неінвазивний ріст останніх тощо. До того ж для стандартизації даних MP-мамографії все ширше застосовується розроблена Американським коледжем радіології (American College of Radiology, ARS) у співробітництві з іншими організаціями система BI-RADS – Breast Imaging Reporting and Data System (Система опису і протоколювання візуалізації молочних залоз). При MP-мамографії позначається як MRM-BI-RADS. До того ж для інтерпретації даних MP-мамографії застосовується Геттінгенська шкала кількісної оцінки променевих ознак, згідно з якою кожна ознака позначається балами від 0 до 2. За сумою балів виявлені зміни розподіляються відповідно до категорій MRM-BI-RADS.

У медичному лікувально-діагностичному центрі «Медіон» виконано 17 MP-мамографій жінкам віком від 29 до 72 років із подальшим описом зображень згідно рекомендаціями MRM-BI-RADS 5-ї редакції. Обстеження проводили на апараті SIEMENS MAGNETOM AVANTO з потужністю магнітного поля 1,5Тл (виробництва фірми Siemens, Німеччина). Дослідження проводили в положенні лежачи на животі із застосуванням спеціальної котушки для дослідження молочних залоз за стандартним протоколом з контрастним підсиленням препаратом Gadovist. Дані динамічного контрастного підсилення обробляли за допомогою стандартних програм постпроцесінгової обробки.

Після оцінки променевих ознак та опису їх із застосуванням стандартизованої термінології визначали категорію MRM-BI-RADS. Так, остаточний висновок категорії MRM-BI-RADS 1 – патології не