

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

виявлено (патологічного контрастного підсилення не виявлено) – встановлено у 2 випадках, категорію MRM-BI-RADS 2 – доброякісні ураження (кісти, фіброаденоми) — у 3 випадках. Пацієнтки цих категорій не потребували спеціального динамічного контролю за допомогою МР-мамографії. Категорію MRM-BI-RADS 4 – підозріла патологія (ймовірність раку молочної залози від 2 до 95%) визначено у 3 обстежених жінок, яким рекомендована консультація в онкодиспансері з метою проведення біопсії та верифікації діагнозу. У 2 жінок встановлено категорію MRM-BI-RADS 5 – висока підозра на малігнізацію (ймовірність раку молочної залози 95%). Чотири пацієнтки з гістологічно верифікованим раком, що перебували на лікуванні в Полтавському обласному онкологічному диспансері, направлені на МР-мамографію з метою передопераційного стадіювання та для уточнення мультицентричного та мультифокального росту. Після проведення обстеження та оцінки результатів їм виставлена категорія MRM-BI-RADS 6 з рекомендаціями продовжити лікування.

Ще 3 жінки було обстежено для оцінки стану імплантів молочної залози (у тому числі для виявлення розриву оболонки протеза). Слід відмітити, що МР-мамографія дозволяє чітко диференціювати (за допомогою спеціального протоколу дослідження) компоненти імплантів як силіконові, так і сольові. Але у разі таких досліджень категорія BI-RADS не виставляється.

Таким чином, МР-мамографія є досить інформативним уточнюючим методом дослідження патології молочної залози з високою щільністю. А застосування системи BI-RADS для інтерпретації даних МР-мамографії стандартизує протокол опису, термінологію, встановлює категорії оцінки, де чітко визначено ступінь ризику виникнення РМЗ.

ЗМІНИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СТЕНОЗАМИ ТА ОКЛЮЗІЯМИ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

*Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Мороз В.В.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ*

Патологія церебральних судин є однією з основних проблем сучасної медицини. Серед причин недостатності мозкового кровообігу та розвитку інсульту хронічні стенози та оклюзії брахіоцефальних артерій (БЦА) посідають провідне місце. Хірургічне втручання, направлене на поліпшення кровопостачання головного мозку (ГМ) з метою попередження розвитку інсульту, виконується шляхом ендартеректомії та накладання екстра/інтракраніального мікровакулярного анастомозу. Перфузійний дефіцит тканини головного мозку при патологічних станах судин голови та шиї може бути з високою інформативністю досліджений за допомогою перфузійної мультиспіралісної комп'ютерної томографії (ПМСКТ).

Мета дослідження. Проаналізувати зміни показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів з хронічними стенозом/оклюзією БЦА до та після хірургічної корекції за результатами ПМСКТ.

Матеріали та методи. ПМСКТ ГМ була виконана 44 пацієнтам із стенозом/оклюзією БЦА до та після

хірургічної корекції. Наявність та ступінь стенозу/оклюзії БЦА встановлювали за допомогою селективної церебральної ангиографії (СЦАГ). МСКТАГ та ПМСКТ виконувались за стандартними методиками. Нормовані значення CBF (nCBFСМА), CBV (nCBVСМА) були скориговані щодо контрлатеральної сторони, розраховували в басейні середньої мозкової артерії (СМА) та порівнювали у симетричних ділянках. Статистично вірогідними вважали результати при $p < 0,05$.

Результати. За даними ПМСКТ звуження просвіту БЦА (>70%) призводило до гіперперфузії мозкової речовини. Встановлено зміни показників перфузії тканини головного мозку обох півкуль ГМ із переважним порушенням гемодинаміки іпсилатерально. Після хірургічної корекції контрольні МСКТАГ і СЦАГ визначили достатнє заповнення басейнів СМА. При контрольній ПМСКТ, яка виконувалась через 3-6 міс. після хірургічного втручання, реєстрували поліпшення перфузії ГМ у вигляді збільшення CBF (nCBFСМА), зменшення CBV (nCBVСМА). Для перед- та післяопераційних періодів були отримані такі значення показників перфузії ГМ: nCBFCMA — $0,76 \pm 0,3$, $1,76 \pm 0,19$; nCBVCMA — $1,05 \pm 0,16$, $0,95 \pm 0,14$ відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати ПМСКТ свідчать про ефективність хірургічної корекції, яка виконувалась з метою поліпшення перфузії ГМ при хронічних стенозах та оклюзіях БЦА.

ПРИМЕНЕНИЕ МДКТ-АНГИОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭКСТРА- И ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Давиденко Я.В.

МСЧ «Нефтехимик», г. Кременчуг

Цель работы. Изучить варианты и особенности строения экстра- и интракраниальных артерий.

Материалы и методы. 1317 пациентам с неврологической симптоматикой, в возрасте от 18 до 69 лет проведена ангиография экстра-интракраниальных артерий на МДКТ «Definition AS»64 для исключения «кинкинга», аневризм, мальформаций, окклюзий, стенозов артерий. Скорость введения контраста — 5-5,5 мл/с (50 мл).

Результаты. Аплазия задних соединительных артерий (ЗСА) встречалась у 629 (47,7%) пациентов, задних мозговых артерий — у 48 (3,6%), передней соединительной артерии — у 11 (0,8%) человек, передней мозговой артерии (ПМА) — у 20 (1,5%). Гипоплазия ПМА отмечена у 46 (3,5%) человек, гипоплазия позвоночных артерий (ПА) — у 144 (10,9%). Трифуркации внутренней сонной артерии выявлены у 248 (18,8%) человек.

Аневризмы мозговых артерий выявлены у 14 (1,1%) человек, деформации (кинкинг) экстракраниальных артерий — у 922 (70,0%), атеросклероз экстра-интракраниальных артерий — у 350 (26,6%), аномалия Киммерли — у 189 (14,4%), артерия Вильдера — у 44 (3,3%). Значимые стенозы артерий выявлены у 7 (0,7%) человек.

Выводы. МДКТ-ангиография экстра-интракраниальных артерий — неинвазивный, безопасный метод диагностики, помогает определить тактику лечения пациента, позволяет уменьшить количество диагностических инвазивных ангиографий.