

2. Малевич, Э.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких: клиника и диагностика / Э.Е. Малевич // Актуальные вопросы лучевой визуализации. – Минск: БелМАПО, 2006. – С. 25-27.
3. Малевич, Э.Е. Комплексная лучевая диагностика хронической обструктивной болезни легких / Э.Е. Малевич, С.В. Минайчев и др. // Актуальные проблемы лучевой диагностики, лучевой терапии и радиационной безопасности: материалы научн.-практ.конф. Минск, 13 ноября 2009 г. – Минск: БелМАПО, 2009. – С. 109-112.
4. Михайлов, А. Н. Рентгеносемиотика и диагностика болезней человека / А.Н. Михайлов. – Минск: Выш.шк., 1989. – 608 с., ил.
5. Михайлов, А. Н. Рентгенологическая энциклопедия. – Минск: Бел. наука, 2004. – 591 с., ил.
6. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики / Под ред. Ф.И. Комарова. – М.: ООО МИА, 2007. – 872 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

Михайлов А.Н.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Рак пищевода (РП) по распространенности занимает 6 место среди злокачественных опухолей всех органов (3%), из них только у 30% больных выявляется в операбельной стадии. В России и Белоруссии из оперированных пятилетняя выживаемость составляет 10%. Чаще рак развивается в средней трети пищевода (66,2%), несколько реже - в нижней трети (24,3%) и совсем редко - в верхней трети пищевода (9,5%).

Под нашим наблюдением находилось 158 больных раком пищевода. Подавляющее большинство из них (74,7%) – лица в возрасте старше 50 лет. Мужчин было в 1,5 раза больше, чем женщин. Всем больным проводилось комплексное исследование, а именно: рентгенологическое и эндоскопическое исследование, УЗКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и шейно-надключичных зон; РКТ органов грудной полости и средостения; МРТ средостения и шеи и морфологическое исследование.

Как правило, первым и основным симптомом рака пищевода является дисфагия. Выделяют 4 степени дисфагии: 1 степень - затруднено прохождение по пищеводу твердой пищи; 2 степень - полужидкой пищи; 3 степень - жидкости; 4 степень (полная дисфагия) - абсолютная обтурация просвета пищевода.

Всем больным проводится рентгеноскопия и рентгенография в прямой и в двух косых проекциях в вертикальном положении с использованием взвеси бария сульфата. Исследование позволяет выявить поражение стенки пищевода и определить его протяженность,

уровень, а также степень обтурации просвета пищевода.

Рентгенологическими признаками «ранней» карциномы пищевода были: легкая ригидность стенки пищевода, наличие неровного контура его, мелкие округлые дефекты рельефа слизистой оболочки, исчезновение одной из складок на небольшом участке, внутрипросветные полиповидные образования, неравномерное утолщение стенки пищевода, узловатый рельеф слизистой, сужение дистального отдела пищевода.

Одним из первых и ранних симптомов рака пищевода является дискинезия, обусловленная раздражением интрамурального нервного сплетения. С развитием опухоли органический компонент начинает преобладать над функциональным.

В ранних стадиях рака пищевода вследствие разрушения слизистой оболочки имеют место ее изменения в виде: беспорядочного расположения и обрыва складок слизистой; контуры пищевода неровные и изъеденные; наличие мелких дефектов наполнения и изъязвления. При раковом поражении ограниченного участка верхней трети пищевода выявлялись следующие признаки: неровность и изъеденность контуров, плоские, едва заметные дефекты наполнения, разрушенный рельеф слизистой оболочки, изъязвление слизистой оболочки.

Контрастное рентгенологическое исследование с сульфатом бария позволило правильно диагностировать раннюю стадию рака пищевода только у 73,4% больных. При двойном контрастировании пищевода отчетливо были видны ограниченная деформация, ригидность стенок пищевода при эндофитно растущей раковой опухоли, воронкообразное сужение пищевода на протяжении 3 см, мелкая изъеденность контуров и супрастенотическое расширение расположенных выше отделов (скирр).

В более поздних стадиях экзофитная форма рака рентгенологически проявлялась: дефектом наполнения с неровными, полициклическими контурами, изъязвлением или без такового, патологической тенью на фоне заднего средостения соответственно расположению дефекта наполнения, проявляется ригидностью стенки пищевода (аперистальтическая зона), неподатливость стенки в области расположения опухоли, супрастенотическим расширением расположенных выше отделов при выраженном сужении просвета пищевода вдающейся опухолью.

При раке гортанной части глотки был нарушен акт глотания, имелись симптомы асимметричного опорожнения глотки, наблюдалось асимметричное заполнение и опорожнение валлекул и грушевидных синусов с длительной задержкой в них бариевой взвеси после многократных глотательных движений и бариевая взвесь забрасывалась в дыхательные пути. Помимо вышеперечисленных признаков имело место: зияние устья пищевода, маятникообразные движения бариевой

взвеси в глоточно-пищеводном сегменте («танец бариевой взвеси»), периодическое выбрасывание бария в рот или аспирация контраста в дыхательные пути.

Иногда экзофитно растущие опухоли, расположенные вблизи кардии, образуют клапанный механизм, при котором резко увеличивается газовый пузырь желудка, что является косвенным признаком ракового поражения.

При эндофитно растущих опухолях пищевода основными рентгенологическими признаками были: ригидность стенки; отсутствие перистальтики; более или менее выраженное сужение просвета пищевода; супрастенотическое расширение; деформация просвета пищевода; утолщение стенки пищевода на ограниченном участке соответственно расположению опухоли; зазубренность (изъеденность) контуров пораженного участка; деформация рельефа слизистой оболочки; если опухоль располагается вблизи кардии, отмечается непроходимость или зияние последней; если опухоль изъязвлена, контрастная масса задерживается в язвенном кратере в виде депо бария неправильной формы с нечеткими очертаниями; величина язвенного кратера и его форма на рентгенограммах варьируют в зависимости от размеров и глубины изъязвления, а также от степени заполнения пищевода контрастным веществом и проекции исследования; вокруг изъязвления определяется более или менее выраженный опухолевой вал.

Чтобы установить распространенность рака пищевода на окружающие ткани, применяли методику респираторных полиграмм пищевода, которая позволяет изучить подвижность пищевода в различные фазы дыхания. Подвижность пищевода на уровне расположения опухоли указывает на отсутствие сращений его с окружающими тканями и органами средостения. В случае низко расположенных экзофитно растущих раковых опухолей обычно наблюдается нарушение функции пищеводно-желудочного перехода из-за механического препятствия развивающегося сопутствующего эзофагита, вызывающего спазм.

Для уточнения стадий рака пищевода и отбора неоперабельных больных использовали РКТ. Практика показывает, что примерно у 80% больных стадия опухоли, установленная при РКТ, соответствует операционным и патологоанатомическим данным. С помощью сравнения данных обычного рентгенологического исследования и РКТ нами установлено, что при опухолях до 8 см длиной поражение медиастинальных лимфатических узлов имеется у 71,9%, абдоминальных - у 48,3, периэзофагиальная инфильтрация выявляется у 81% и поражение соседних органов - у 59% больных. При размерах новообразования более 8 см эти показатели составляют, соответственно, 65, 66, 90 и 81%. Если имеется рентгенологический симптом углового

смещения оси пищевода, периэзофагеальная инфильтрация выявляется у 89% больных, поражение соседних органов - у 73%, без данного симптома, соответственно, у 73 и 53%.

РКТ доказано, что опухоль средней трети пищевода вызывает периэзофагеальную инфильтрацию у 90,3% больных, при наличии выраженного стеноза просвета пищевода – у 76,9%, а при свободном прохождении бариевой взвеси – у 46,7%

УЗИ позволяет диагностировать глубину опухолевой инвазии пищевода, определить стадию рака пищевода и решить вопрос об операбельности. Точность диагностики глубины инвазии ЭУЗИ составляет 75%.

Прогноз рака пищеводе плохой - 5-летняя выживаемость составляет 3-5%. Но если рак своевременно диагностирован и оперирован, выживаемость больных ранним раком пищевода может быть высокая: 90% больных живут 5 и более лет.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОГЛОТИТЕЛЬНОЙ И АДСОРБЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ УГЛЕВОЛОКНИСТОГО СОРБЕНТА «БУСОФИТ» И МЕДИЦИНСКОЙ МАРЛИ К БИОЛОГИЧЕСКИМ ЖИДКОСТЯМ

Ославский А.И., Смотрин С.М., Григорьева К.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Одними из наиболее эффективных методов лечения больных с гнойными ранами являются способы физической антисептики - сорбционные повязки. В качестве раневых сорбентов используются различные углеродные материалы – ваulen (Беларусь, Россия), сферический карбонит насыщенный (СКН), активированный углеродный волокнистый материал (АУВМ) «Днепр» МН, повязка Ресорб (Россия), АУТ-М, СУМС-1 (Россия, Украина).

Традиционный метод определения адсорбционной способности перевязочных материалов основан на взвешивании материалов после выдерживания в жидкости. Однако данный метод позволяет определить в основном механическое заполнение системы капилляров и пор исследуемого материала жидкостью и ее компонентами. Определяемый при этом показатель целесообразно называть не адсорбционной, а поглотительной способностью. При таком поглощении гноя из раны не исключается возможность десорбции, что может благоприятствовать размножению микроорганизмов в ране [1].

Истинная адсорбция предполагает фиксацию молекул раневого экссудата и его компонентов при взаимодействии химических и