

аутоимунного панкреатита относили стеноз сегмента Вирсунгова протока протяженностью свыше 3 см, при диаметре супрастенотической части Вирсунгова протока не выше 6 мм, отсутствие атрофии паренхимы поджелудочной железы дистальнее места обструкции.

У всех 195 пациентов было подозрение на рак головки поджелудочной железы, в 49 случаях – с прорастанием стенки желудка. У 111 пациентов РПЖ выявлены признаки обструкции и протяженного сужения главного панкреатического протока, у 58 пациентов – камни в желчных путях (КЖП) как причина желтухи, в остальных случаях проток не изменен. При УЗИ у 136 пациентов заподозрен РПЖ, у 45 – панкреанекроз, в остальных случаях – панкреатит. При КТ у 104 пациентов определялся РПЖ, у 56 – с инфильтрацией перипанкреатической клетчатки и стенки желудка, у них же – увеличение регионарных лимфатических узлов и инфильтрация сосудов, у 33 – панкреанекроз, у остальных – панкреатит. МРТ во всех случаях подтвердила данные КТ, однако дополнительно у 51 пациента выявлен РПЖ на ранней стадии. Метастазы в печень у 74 пациентов определялись при УЗИ, КТ и МРТ. Оперативное лечение было проведено в 60,5% случаев. Метастазы были обнаружены в 13,3% случаев, механическая желтуха была выявлена в 18,8%, а дуоденальная непроходимость – в 1,5%.

Выводы. Методы лучевой диагностики: КТ с контрастированием, магнитно-резонансная томография и транс абдоминальное УЗ исследование применялись не только для диагностики, но и для уточнения стадии заболевания и планирования хирургического лечения: с их помощью определяли размеры новообразования, его соотношение с окружающими тканями, наличие отдаленных и регионарных метастазов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучевая диагностика болезней органов брюшной полости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://oncology.ru/specialist/diagnostic/radiodiagnostics/abdominal/>. – Дата доступа: 03.05.2023.

К ВОПРОСУ О КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТРОМБОЗА

Якубчик А.А.¹, Лепеев В.О.¹, Кречик В.В.², Курочка Е.А.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – сложное, труднодиагностируемое сосудистое заболевание в абдоминальной хирургии с высокой смертностью, которая достигает 80% с постоянным ростом на 1,5% в год. Чаще всего ОМИ встречается у женщин в возрасте от 75 до 90 лет.

Традиционно ОМИ по этиологии разделяется на четыре группы: артериальная эмболия, артериальный тромбоз, венозный тромбоз и неокклюзионная мезентериальная ишемия. Критериями диагностики ОМИ являются: деформация, перегибы, окклюзии, стенозы артерий, размывание контрастного вещества в устьях артерий, что является абсолютными признаками формирования абдоминальной ишемии. Дооперационная диагностика ОМИ позволяет снизить летальность и определиться с лечебной тактикой. Значимость изучения данного заболевания заключается в недостаточности информации о её влиянии на развитие перитонита. Поэтому диагностические мероприятия у пациентов с медленно прогрессирующей мезентериальной ишемией должны начинаться с КТ [1].

Цель. Анализ и оценка результатов КТ с контрастированием в диагностике мезотромбоза.

Методы исследования. В работе были использованы аналитический, сравнительно-оценочный методы данных, полученных в ходе исследования мезентериальных сосудов методом КТ с ангиографией. Проанализированы за период с 2018 по 2022 год в УЗ «Гродненская университетская клиника» истории болезней 62 пациентов с ОМИ (из них женщин 74% и мужчин 26%) в возрасте от 18 и старше 90 лет.

Результаты и их обсуждение. По возрастному критерию ВОЗ пациенты распределились следующим образом: младше 18 лет нет, молодого возраста (от 18 до 44 лет) – 3 человека, среднего возраста (от 45 до 59 лет) – 4 человека, пожилого возраста (от 60 до 74 лет) – 20 человек, старческого (от 75 до 90 лет) – 27 человек, долгожители (старше 90 лет) – 4 человека. Результаты КТ при ОМИ были специфичными или неспецифичными для ишемии кишечника. Специфичные диагностические КТ – признаки представленные центральными или пристеночными дефектами контрастирования, обусловленными тромбами наблюдались у 82,3% пациентов. Снижение или отсутствие перистальтики кишечника было наиболее достоверным признаком КТ со специфичностью 91%, но имело очень низкую чувствительность (18-60%). Кишечный пневматоз встречался в 23% случаев. В остальных случаях имелись неспецифические признаки, которые, как правило, указывали на ишемическое поражение кишечника и включали увеличение диаметра кишки, истончение стенки, гиперпневматоз, скопление жидкости с горизонтальными уровнями в просвете кишки, уплотнение окружающей жировой клетчатки, газ по ходу брыжеечных сосудов или в стенке кишки, нечеткие наружные контуры кишки, локальное снижение интенсивности накопления стенкой кишки контрастного вещества. Венозный мезентериальный тромбоз при КТ характеризовался дефектом заполнения (тромбами) в верхней брыжеечной или портальной венах, утолщением стенки кишки за счет отека, гиперпневматозом, уровнями жидкости, локальным или тотальным снижением интенсивности накопления контрастного вещества стенкой кишки, слоистостью стенки кишки (симптом «гало») при контрастном усилении.

Вывод. КТ – ангиография аорты и ее ветвей позволяет определить причину ОМИ и характер изменений, происходящих при этом, это может улучшить результаты лечения, снизить летальность и сроки госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. К вопросу ранней диагностики острой мезентериальной ишемии в эксперименте [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://zabmedvestnik.ru/arhiv-nomerov/nomer-2-za-2015-god/k-voprosu-rannej-diagnostiki-ostroj-mezenterialnoj-ishemii-v-jeksperimente>. – Дата доступа: 03.05.2023.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ

Янчевский П.Н., Литвинова Т.И.

Гродненская университетская клиника

Актуальность Проблема органотоксичности ингаляционных анестетиков остается немаловажной в настоящее время в медицине вообще и в анестезиологии в частности. Большинство исследователей говорят об отсутствии у современных ингаляционных анестетиков гепатотоксического и минимальной выраженности (не имеющей клинической значимости) нефротоксического эффектов. [1].

В постмаркетинговых исследованиях были зарегистрированы очень редкие случаи легкой, средней и тяжелой послеоперационной дисфункции печени или гепатита с или без желтухи. [2].

Цель. Выявить причинно-следственные связи поражения печени при интраоперационном применении ингаляционных анестетиков.

Методы исследования. Проанализированы медицинские карты послеоперационных пациентов, находящихся на лечении в онкологических отделениях Гродненской университетской клиники за последние 6 месяцев 2023 года. Выявлено 6 пациентов, у которых в послеоперационном периоде отмечено значительное повышение аминотрансфераз: двое пациентов с заболеваниями почек, двое с заболеваниями желудка и двое с заболеваниями поперечно-ободочной кишки.

Всем пациентам проведена стандартная комбинированная эндотрахеальная анестезия с применением релаксантов и наркотических анальгетиков (внутривенных и ингаляционных). В качестве ингаляционного анестетика использовался «Севоран» фирмы Аесика Квинборо Лтд (Великобритания) в концентрациях от 1 до 2,5 об% (МАК 1,1-1,2). Соотношение N₂O к O₂ было 1:1.