

А. К. БАЗАРКУЛОВ, Б. С. КУРАЛБАЕВ, А. С. АЮБАЕВ, Т. А. СУЛТАНАЛИЕВ, Н. Г. НИГАЙ

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

В диагностике полостных образований органов брюшного пространства важное значение имеют компьютерно-томографические исследования, позволяющие не только верифицировать диагноз, но и провести дифференциацию между различными заболеваниями [1]. Нередко попытки дифференцировать полостные образования с такими нозологическими единицами, как дилатационные изменения чашечно-лоханочной системы, опухолевидные процессы, не возможны даже с применением компьютерного томографа. Поэтому в последнее время идет поиск повышения эффективности клинического использования компьютерной томографии в сочетании с дополнительными методиками (контрастное усиление, фармакологическое создание повышенного тока мочи и т.д.) [2–4].

Нами оценены возможности компьютерной томографии на фоне фармакологического контрастного усиления и создание повышенного тока мочи для детализации представления анатомо-функционального состояния чашечно-лоханочной системы, почек и полостных образований почечной паренхимы, чашечно-лоханочной системы или почечного синуса.

Обследованы 56 больных с полостными заболеваниями почек и верхних мочевых путей в возрасте от 24 до 63 лет. Компьютерно-томографические исследования пациентам проведены на аппарате Somatom AR-Star фирмы Siemens на 2–5 сутки от начала поступления в отделение ЦКБМЦУДПРК. После серийных сканограмм и визуализации полостных образований вводили внутривенно рентгенконтрастный препарат Ультравист из расчета 3 мл/кг. Его введение дополняли инфузией фармакологического диуретика лазикса в количестве 2 мл и продолжали компьютерно-томографические исследования.

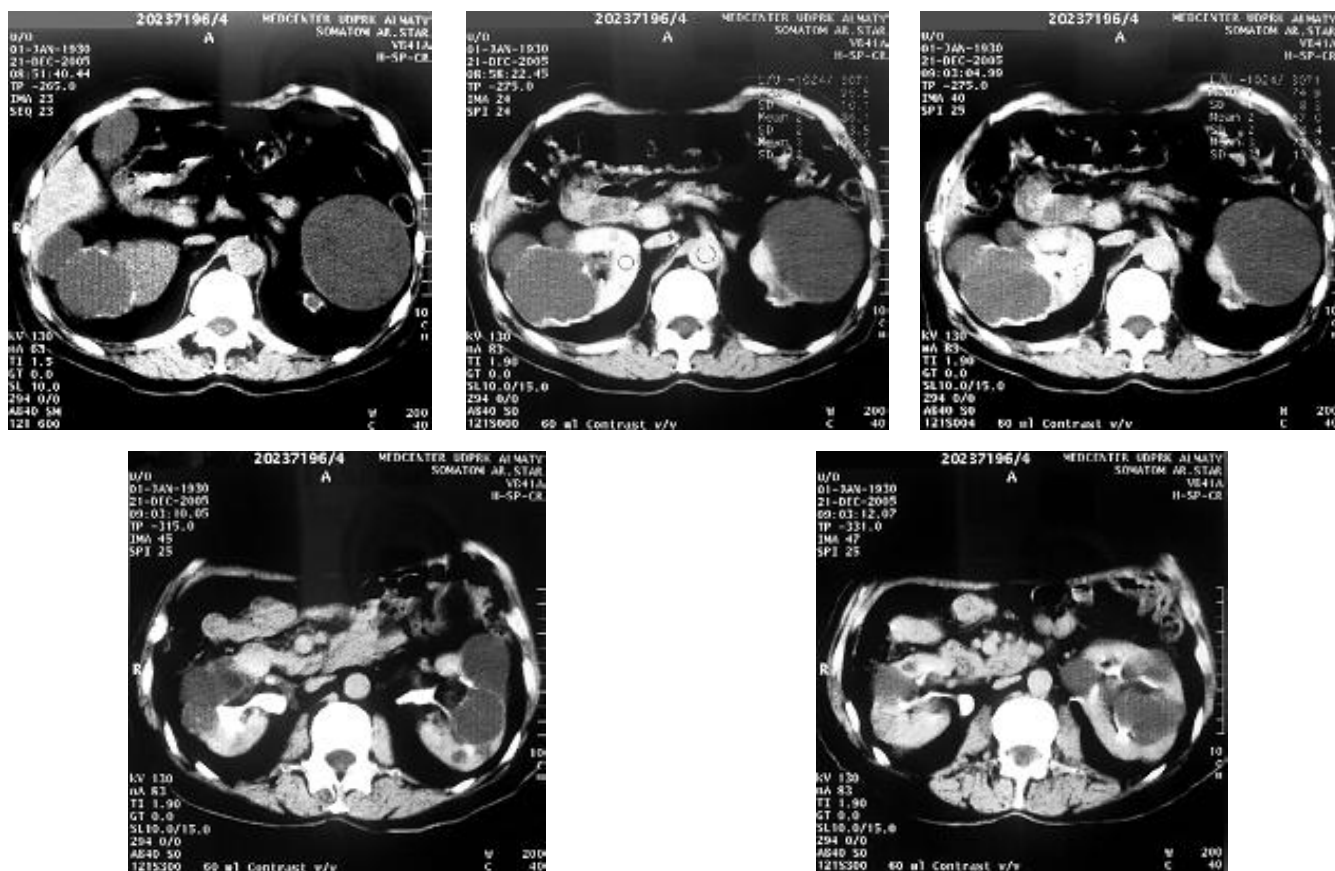
Анализ результатов компьютерно-томографических исследований у больных с полостными образованиями паренхимы, чашечно-лоханочной системы показал следующую картину. По данным этого метода исследования полостные образования представлены чаще всего (в 76,4% случаев) гомогенными образованиями с достаточно четкими границами плотность изображений. Они составили 6–20 ед. по шкале Хаунсфилда. Однако в 23,5% случаев отме-

чались затруднения при верификации и интерпретации диагноза, обусловленные трудностями дифференциации кист, лоханки, почечного синуса с дилатацией чашечного комплекса. Для разрешения этой проблемы мы использовали методику рентгеноконтрастного усиления на фоне повышенного диуреза. При этом, как видно из табл., отчетливо прослеживалась прямо пропорциональная отрицательная зависимость, заключающаяся в усилении дилатации чашечно-лоханочной системы почки и контрастирования при гидронефрозе, синдроме Фролея, тенденции снижения к 8–12 мин исследования. В тоже время повышения контрастирования с увеличением размеров полостного образования не происходило. Это и являлось главным отличительным маркером, позволяющим окончательно верифицировать диагноз и объективно обосновать рациональную тактику лечения. Этот диагностический прием позволил нам дать оценку взаимоотношения этих анатомофункциональных структур почек и верхних мочевых путей с кистозными образованиями в аспектах их подвижности и динамизма, позволяя прогнозировать возможность использования малоинвазивного хирургического вмешательства (см. рис.). Всего проведено 28 пункций кисты почек под контролем компьютерной томографии с аспирацией содержимого и введением склеропрепарата (98% спирта или раствора тромбовара от 2 до 4 мл). Ни у одного больного нами не выявлено осложнений.

Таким образом, введение в стандартные компьютерно-томографические исследования метода рентгенконтрастного усиления с повышением диуреза позволило повысить эффективность дифференциальной диагностики при полостных образованиях

Динамические изменения размеров чашек, лоханок, кист у больных с полостным образованием почек

| Анатомический комплекс | Размеры после введения, см | | | |
|------------------------|----------------------------|----------|-----------|-----------|
| | на 1 мин | на 6 мин | на 12 мин | на 20 мин |
| Чашечный комплекс | 2,0×2,5 | 2,8×2,5 | 4,6×4,5 | 2,0×2,5 |
| Лоханки | 30×1,5 | 3,9×3,7 | 6,1×5,9 | 30×1,5 |
| Полостные образования | 7,0×6,0 | 7,0×6,0 | 7,0×6,0 | 7,0×6,0 |



Компьютерно-томографическая сканограмма почек больного с множественными кистами почек

почек и верхних мочевых путей, обеспечить рациональный и обоснованный выбор тактики лечения и тем самым оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная диагностика в клинической диагностике. М.: Медицина, 1995.
2. Селезнев Ю.К. Лучевая диагностика, прицельная биопсия, дренирование гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... док. мед. наук. Л., 1990. 40 с.
3. Лотов А.Н., Андрианов В.Н., Кулезнева Ю.В., Кузин Н.М. Чрескожное дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ и рентгенотелевидения // Хирургия. 1994. С. 42-45.
4. Дмитриев А.Е., Голубков В.А., Нуднов Н.В. и др. Инвазивные вмешательства под контролем компьютерной томографии // Хирургия. 1993. №4. С. 67-69.

Резюме

Диурезді жиілеткен кездегі бүйрек пен жоғарғы несеп жолдарын рентгенконтрастық әдіспен күшейте отырып компьютерлік томографиялық зерттеулердің нәтижесі келтірілген. Осының барысында іш пердесі сыртындағы кеңістік органдары мен ұршық-түбек жүйесіндегі делятациялық өзгерістерден пайда болған бүйрек ауруларының кистоздық өскіндерінің арасындағы дифференциалдық диагностиканың егжей-тегжейін жасауға мүмкіндік туды.

Summary

The analysis of computer – aided tomography of 33 patients with pyoinflammatory diseases of pancreas has been conducted. The substantiation for realization of diagnostic medical little invasive interference under abscesses of pancreas with the description of technical peculiarities of the system is given.

Центральная клиническая больница
Медицинского центра Управления
делами Президента
Республики Казахстан

Поступила 2.02.06г.