не только о целесообразности релапоротомии, но и выбора объема повторного оперативного вмешательства. Необходимо, обратить внимание еще на один рентгенологический признак, появление газа в брюшной полости и забрюшинном пространстве (серповидная полоска просветления под куполом диафрагмы).

Что касается ультразвуковой диагностики послеоперационных осложнений, то она имеет определенную ценность, и может многократно выполняться без всяких воздействий на больного. Диагностическая информативность УЗИ несколько уступает рентгенодиагностическому методу при выявлении наличия различного рода кишечных свищей. Последние, практически, невозможно определить с помощью ультразвукового исследования.

Таким образом, лучевые методы диагностики различных осложнений в послеоперационном периоде являются достаточно информативными и требуют своего дальнейшего совершенствования.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ

Майемер Д.Б.
Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени М. Оспанова

Цель исследования: провести анализ информативности лучевых методов исследования (рентгенологического, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового (УЗИ)) в диагностике опухолей глотки.

Материал и методы исследования: проанализировано 398 случаев злокачественных опухолей глотки (98- носоглотки, 117- ротоглотки, 183- гортаноглотки).

Результаты: рентгенологическое исследование ротоглотки рекомендовано для объективизации поражения корня языка и задней стенки глотки. КТ- для опухолей парафарингеального пространства. Рентгенологическая семиотика при опухолях носоглотки зависит от размеров патологического очага и степени экспансии в окружающие ткани, что не исключено и при доброкачественных процессах. Информативны томограммы. Эпифарингография позволяет обнаружить деффект наполнения. КТ информативна для определения преимущественной стороны поражения, тотального поражения всего просвета носоглотки, заинтересованности основной пазухи, врастания в крылочелюстную ямку и задние отделы полости носа, но не всегда позволяет оценить вероятность деструктивных изменений.

Из результатов рентгенологического исследования у 45 больных опухолями гортаноглотки наиболее информативным оказались результаты прямых томограмм: размытость тени черпалонадгортанной складки отмечена у 28 больных, и у них же имело место сужение воздушного просвета грушевидного синуса с пораженной стороны, которое проявлялось их асимметричностью при сравнении двух сторон. У 12 больных было проведено контрастированное исследование бариевой взвесью с проведением функциональных проб; у 7 выявлена асимметрия в заполняемости грушевидных синусов и у 5 отмечено поперхивание, у 3 – задержка контраста в обоих грушевидных синусах. КТ позволяет оценить характер роста новообразования, его величину, плотность, взаимосвязь с окружающими органами и тканями. С контрастированием и без обычные методы рентгенологической диагностики дают более четкую информацию об объемных процессах гортаноглотки по сравнению с КТ.

При анализе результатов УЗИ (159 больных – 40%) в диагностике метастатического поражения лимфатических узлов шеи выявлено: в 84,8% случаях обнаружено увеличение лимфатических узлов шеи, при этом в 75,8% наблюдений изменение узлов трактовались правильно; распознаны 90,9% лимфатических узлов шеи с гиперпластическим и метастатическим поражением, расположенные в поверхностных отделах шеи. При поражении глубоких лимфатических узлов шеи информативность УЗИ снижается до 63,8%.

Заключение: в диагностике опухолей глотки рентгенологический, КТ и МРТ используются для уточнения распространенности и локализации опухоли. УЗИ для распознавания метастазов в лимфатических узлах шеи и для получения дополнительной информации о взаимоотношении опухоли с магистральными сосудами.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЖКТ

Мухамеджанов К.Х.
Алматы АГИУВ

В течении многих десятилетий для исследований органов брюшной полости использовались лишь обзорные снимки, контрастирование барием желудка и кишки и холецистография. Возможности оценки печени, поджелудочной железы и желчных протоков, внеорганных опухолей были ограниченными. С другой стороны, рентгеноскопия и рентгенография органов пищеварительного тракта остаются методами комплексного исследования этих органов.

Технический прогресс неузнаваемо изменили абдоминальную радиологию. В первую очередь, это касается исследования паренхиматозных органов брюшной полости, где ведущую роль на сегодняшний день занимают ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Применение эндоскопических датчиков для внутриполостных исследований существенно расширяет возможности этого метода в сложных случаях. В настоящее время основной парк КТ составляют приборы с 16-64 рядами детекторов, у которых время оборота трубки составляет всего 320-350 мс, а толщина среза – 0,5 с.

Различные виды патологии пищевода (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, опухоли, расширения) хорошо выявляются с помощью КТ или МРТ. КТ позволяет выявлять распространение опухолей за пределы пищевода. Для детальной оценки стенок пищевода используют эндоскопическое УЗИ. Рентгенография и рентгеноскопия остаются важными методами диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей желудка. В настоящее время все чаще и чаще опухоли желудка впервые выявляют при проведении КТ органов брюшной полости. Для исследований тонкой кишки используют пассажа по ней бариевой взвеси или водорастворимого контрастного средства. В последнее время большое внимание привлекли такие методики, как КТ- или МР-энтерография, при которых возможно построение трехмерных изображений органа и построение изображений просвета кишки в эндоскопическом режиме. Одно из частых показаний к ирригоскопии – диагностика рака толстой кишки, полипов и дивертикулов. МСКТ и в особенности методика КТ-колонографии могут служить альтернативой ирригоскопии в скрининге и диагностике рака толстой кишки. КТ позволяет лучше видеть изменения кишечной стенки и стадировать заболевание. Лучевая диагно-