

четкость контуров, неоднородность структуры. Эхогенность узлов была чаще сниженной и в 10 % отмечена их гиперэхогенность. На фоне аутоиммунного тиреоидита в большинстве случаев проявлялась нечеткость контуров, структура была неоднородной, эхогенность практически у всех узлов была низкой. Аденомы имели смешанную эхогенность или были изоэхогенными с неоднородной структурой и четкими контурами. Злокачественные опухоли практически всегда были гипоехогенными, имели нечеткие, размытые контуры, для них были характерны наличие бугристой поверхности, «спикул» на поверхности узлов, неоднородность структуры. Кальцинаты в структуре узлов выявлены в 27 % случаев. Комплекс доплеровских методик позволил оценить наличие кровотока и его распределение в ткани узлов. Для злокачественных образований было более характерно наличие интранодулярного кровотока, при этом имеется извитой ход сосудов, неравномерность их просвета, наличие «аляйзинг»-эффекта. При аденомах наблюдали смешанную васкуляризацию как

за счет огибающих сосудов, так и за счет внутриузловых. Применение тканевой гармоник позволило лучше дифференцировать все виды узловых образований от окружающих тканей, особенно изоэхогенные узлы и образования с эхогенностью, незначительно отличающейся от окружающих тканей. Использование тканевой гармоник позволяет более точно оценить размеры узла и состояние окружающей ткани железы. Проведение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии позволило в 88 % получить достоверные цитологические данные о природе узла.

Выводы. Ультразвуковое исследование при выявлении узловых образований щитовидной железы, должно включать весь комплекс современных аппаратных методик, что позволяет повысить точность дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ, что в последующем может быть использовано при определении рациональной тактики лечения пациентов.

РОЛЬ КТ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Т. НАРАНТУЯА¹, И.Г. ФРОЛОВА², С.А. ВЕЛИЧКО²

*Объединенная больница государственных департаментных служащих
при Министерстве юстиции Монголии¹,
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²*

Актуальность. В последние годы вследствие резкого изменения образа жизни и быта увеличивается число больных с заболеваниями пищеварительной системы. Острый панкреатит занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Различные клинические симптомы острого панкреатита являются большим препятствием для своевременной диагностики определенных форм острого панкреатита и выбора наиболее правильной тактики лечения больных. При осложненной некротической форме острого панкреатита из-за эндогенной токсемии происходят глубокие изменения микроциркуляции сосудов, что на ранней стадии болезни приводит к ухудшению состояния и летальному исходу. Частота летальности от острого панкреатита со-

ставляет около 10–15 %. Ошибки в диагностике острого панкреатита составляют 10–50 %.

Целью исследования явилось выявление семиотических признаков форм острого панкреатита при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии для дифференциальной диагностики.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 81 больного острым панкреатитом, находившегося на лечении и обследовании в Объединенной больнице государственных департаментных служащих и Клинической больнице «Ачтан-Элит» с 2001 по 2006 г. Из них было 48 пациентов с отечной формой, 18 – с геморрагической, 15 – с некротической формой панкреатита. Ультразвуковое обследование пациентов выполнялось на

стационарных и переносных аппаратах Aloka, Toshiba, Hitachi (Япония) с использованием линейных датчиков частотой 3,5 МГц и 5МГц, с применением полипозиционного серошкального сканирования (В-режим), цветового доплеровского картирования (ЦДК). Выбор параметров датчика был обусловлен локализацией и размерами патологического образования. Определялась локализация, оценивались размеры, форма, экзогенность, структура, контуры; изучались качественные параметры кровотока. Компьютерная томография выполнялась на аппарате ТСТ-300 фирмы Toshiba с применением внутривенного контрастирования омнипаком. Определяли изменение плотности паренхимы патологического образования поджелудочной железы (ПЖ), наличие четкости границ, взаимосвязь с соседними органами и тканями.

Результаты. Пациенты с воспалительными изменениями поджелудочной железы имели характерные для данной патологии жалобы: боли колющего характера – в $56,8 \pm 5,5$ %, сжимающего характера – в $28,3 \pm 5,0$ %, иррадиирующие влево – в $71,6 \pm 5,0$ %, признаки внешнесекреторной недостаточности – в $85,2 \pm 3,9$ %, повышение температуры тела – в $91,4 \pm 3,1$ %, признаки геморрагического синдрома – в $56,8 \pm 5,5$ %, была повышена активность α -амилазы в крови в 6 раз и трансаминаз (АлАТ, АсАТ) – в 3–5 раз. При УЗИ при отечной форме острого панкреатита в 54,17 % отмечалось диффузное увеличение поджелудочной железы ($p < 0,01$), в 70,83 % – контуры поджелудочной железы были четкие ($p < 0,001$), в 66,67 % экзогенность ПЖ – на анэхогенном или гипоехогенном фоне с локальной гиперэхогенной зоной ($p < 0,001$) и в 81,25 % отсутствовала ограниченная жидкость в парапанкреатической клетчатке ($p < 0,001$). При геморрагической форме острого панкреатита диффузное и локальное увеличение поджелудочной железы отмечалось в 86,3 % ($p < 0,001$), в 62,2 % выявлена нечеткость контуров ($p < 0,05$), в 77,8 % структура железы была неоднородна ($p < 0,001$), в 61,1 % имелась сниженная экзогенность поджелудочной железы с диффузной гиперэхогенной зоной ($p < 0,05$) и в 66,7 % визуализировался выпот в парапанкреатической клетчатке ($p < 0,05$). При некротической форме

острого панкреатита в 66,7 % было диффузное увеличение железы ($p < 0,05$), в 86,7 % отмечены нечеткие контуры ($p < 0,001$), в 80,0 % имелась неоднородность структуры ($p < 0,001$) и в 60,0 % определялась ограниченная жидкость в парапанкреатической клетчатке ($p < 0,05$).

При компьютерной томографии отечная форма острого панкреатита выявлена в 73,1 % при диффузном увеличении размеров поджелудочной железы ($p < 0,001$), в 69,2 % ПЖ отчетливо была отграничена от окружающих органов и тканей ($p < 0,01$), в 84,6 % структура была однородная ($p < 0,001$), в 88,5 % не определялась жидкость в сальниковой сумке ($p < 0,001$). При геморрагической форме острого панкреатита в 61,1 % отмечено диффузное увеличение поджелудочной железы ($p = 0,05$), в 66,7 % ПЖ отчетливо визуализируется от окружающих органов ($p = 0,05$), в 94,4 % структура поджелудочной железы была однородной ($p < 0,001$), в 77,8 % имело место неравномерное понижение плотности железы ($p < 0,01$). При некротической форме острого панкреатита визуализирована неоднородность структуры в 80,0 % ($p < 0,01$), в 86,7 % накопление жидкости в сальниковой сумке ($p < 0,001$), в 66,7 % неравномерное понижение плотности железы ($p = 0,05$).

Выводы. При различных формах острого панкреатита выявляются определенные особенности эхографической и КТ-семиотики, что позволяет считать эти методы высокоинформативными, занимающими ведущие позиции в исследовании больных с острым панкреатитом и его осложнениями. При прогрессировании патологического процесса с помощью данных методов диагностики, возможно, проследить переход одной формы острого панкреатита в другую, осуществлять динамическое наблюдение за адекватностью проводимой терапии. Выявленные основные и дополнительные семиотические признаки форм острого панкреатита необходимо сопоставлять с изменениями клинических признаков и уровней альфа амилазы, трансаминаз (АлАТ, АсАТ) в сыворотке крови для более точной дифференциальной диагностики острого панкреатита, что в дальнейшем также важно для решения выбора тактики лечения больных.