

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И КТ-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ

Юсуфов А.А., Черкасова И.А., Румянцева Г.Н.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Обоснование. По данным различных авторов, число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается. Основным лучевым диагностическим критерием для постановки диагноза КСЧС является компрессия (>50 %) ЧС срединной дугообразной связкой. Однако в литературе крайне скудно представлена информация о КТ и ультразвуковых критериях КСЧС у детей.

Цель: выявить наиболее информативные ультразвуковые и КТ-ангиографические критерии диагностики компрессионного стеноза чревного ствола у детей.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 17 детей в возрасте от 7 до 16 лет, находящиеся на лечении в ДОКБ Твери в 2017–2018 гг. с диагнозом: гастрит, гастродуоденит. Всем пациентам была проведена: доплерография брюшной аорты (БА) и ее основных ветвей. В ходе исследования оценивались следующие параметры: диаметр участка стеноза ЧС, пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) на выдохе и характер кровотока в области устья ЧС, диаметр постстенотического расширения, угол отхождения ЧС от аорты. Для подтверждения диагноза пятерым пациентам дополнительно проводилась КТ-ангиография брюшной аорты.

Результаты. По результатам обследования пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателей ПССК. Первая группа — 8 пациентов с выраженным стенозом ЧС, у которых натошак ПССК на выдохе была от 250 до 300 см/с. При этом отмечалось сужение устья ЧС от 2 до 3,1 мм, размер супрастенотического расширения на КТ составил от 4,6 до 8,6 мм. У 6 пациентов из данной группы зафиксировано отхождение ЧС от БА под острым углом, при этом ЧС располагался параллельно верхней брыжеечной артерии за счет экстравазальной компрессии. У двоих пациентов отмечено отхождение ЧС под прямым углом. По результатам КТ у 5 пациентов ЧС был поджат дугообразной связкой. Диаметр устья ЧС в пределах 1,5 мм, размер постстенотического расширения — от 4 до 8,8 мм. Угол отхождения ЧС от БА — около 30 градусов. Тип кровотока у 7 пациентов — ламинарный, у 1 пациента — турбулентный. Во вторую группу вошли 7 пациентов с умеренным стенозом: скорость кровотока в устье ЧС на выдохе была в пределах 210–250 см/с. Сужение устья составило от 1,7 до 3,0 мм. Угол отхождения от БА у всех пациентов — острый. Тип кровотока — ламинарный.

Заключение. Объективными ультразвуковыми критериями КСЧС являются: сужение устья чревного ствола на $2,1 \pm 0,5$ мм, повышение скорости кровотока в ЧС более 200 см/с, anomальное отхождение ЧС от аорты, наличие на КТ-ангиографии постстенотического расширения ЧС.

Ключевые слова: синдром Данбара; компрессионный стеноз чревного ствола; КТ-ангиография; ультразвуковая диагностика; чревный ствол; дети.