

РАЗДЕЛ 5. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ



Рис. 5.1.
Обзорная рентгенограмма пищевода в первой косой проекции при тугом наполнении.
Норма.

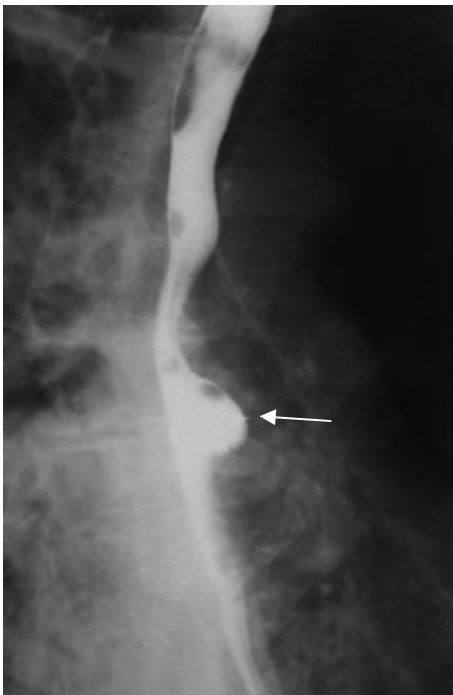


Рис. 5.2.
Рентгенограмма грудного отдела пищевода в правой косой проекции (тугое контрастирование).
Определяется локальное увеличение просвета пищевода овальной формы с гладкими контурами (стрелка).
Дивертикул пищевода.

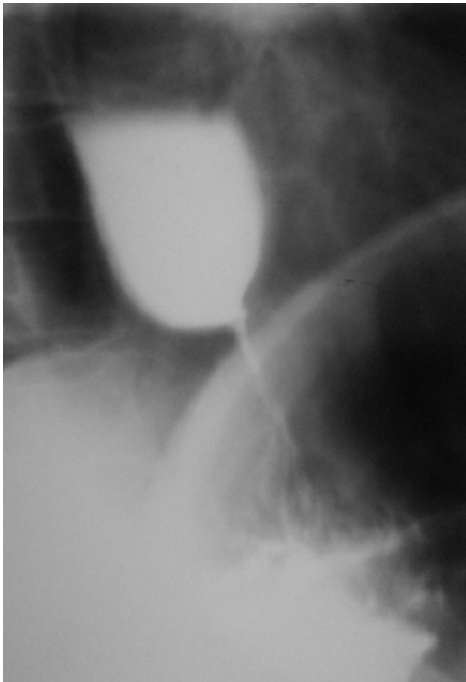


Рис. 5.3.

Прицельная рентгенограмма нижнегрудного и брюшного отделов пищевода (тугое контрастирование).

Отмечается симметричное конусообразное сужение брюшного отдела пищевода с симметричными гладкими контурами, супрастенотическое расширение.

Ахалазия пищевода.

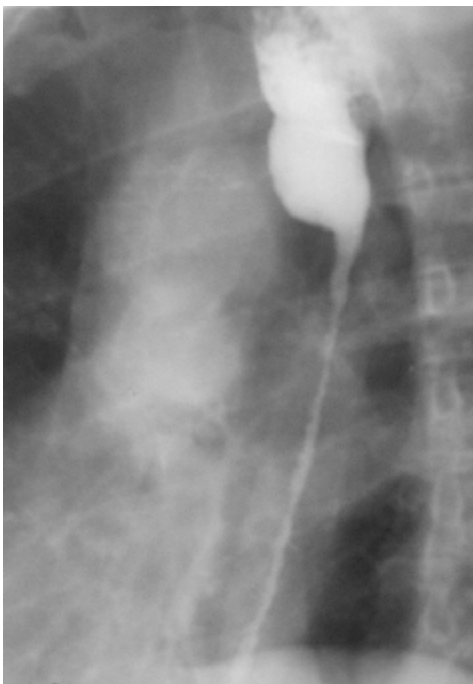


Рис. 5.4.

Рентгенограмма пищевода в левой косой проекции (тугое контрастирование). Определяется равномерное сужение грудного отдела пищевода на значительном протяжении, супрастенотическое расширение.

Рубцовая деформация пищевода после химического ожога.



Рис. 5.5.
Прицельная рентгенограмма пищевода в левой косой проекции. Начиная с нижней трети грудного отдела пищевода, определяется краевой дефект наполнения с неровными контурами, переходящий в циркулярное сужение в брюшном отделе. Супрастенотическое расширение пищевода. Рак пищевода.



Рис. 5.6.
Обзорная рентгенограмма желудка. Контрастированный желудок. Фаза рельефа в области тела и антрального отдела. Норма.



Рис. 5.7.
Обзорная рентгенограмма желудка в прямой проекции. Тугое наполнение. Газовый пузырь в своде желудка.
Контрастированный желудок в норме.

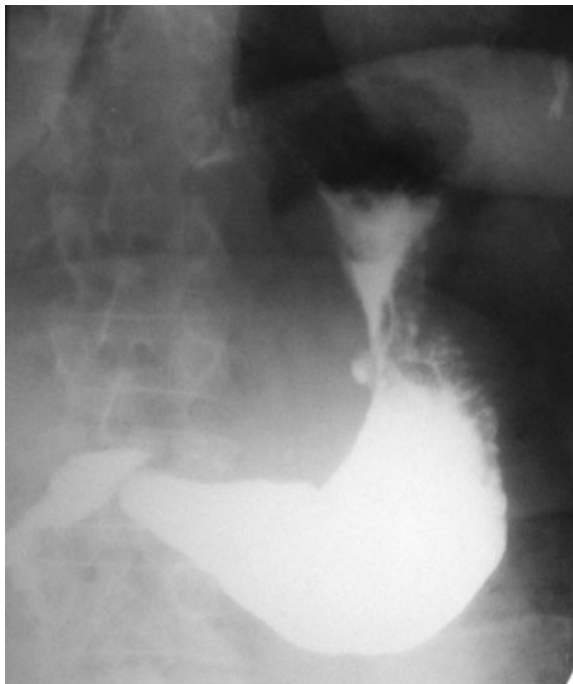


Рис 5.8.
Обзорная рентгенограмма желудка. В средней трети тела желудка на малой кривизне определяется локальное увеличение тени – симптом ниши. Язва желудка.

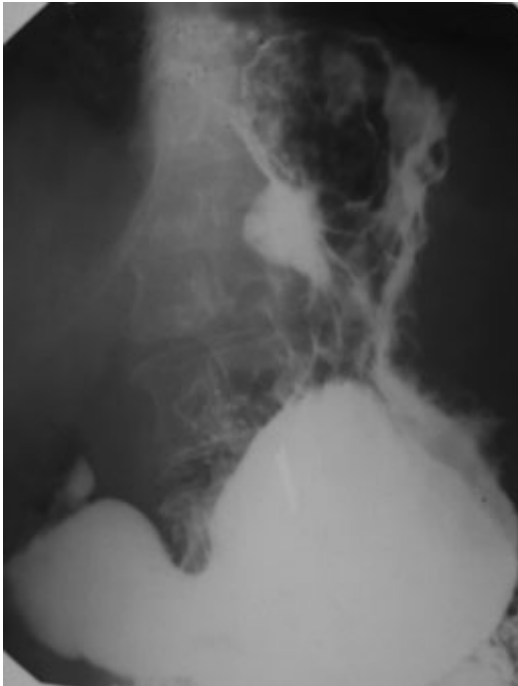


Рис. 5.9.

Рентгенография желудка в прямой проекции с контрастированием сульфатом бария. По малой кривизне определяется большая ниша в верхней трети тела желудка с конвергенцией к ней складок слизистой оболочки.

Язва желудка.



Рис. 5.10.

Обзорная рентгенограмма двенадцатиперстной кишки. Прямая проекция. Дивертикул в области медиальной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки.

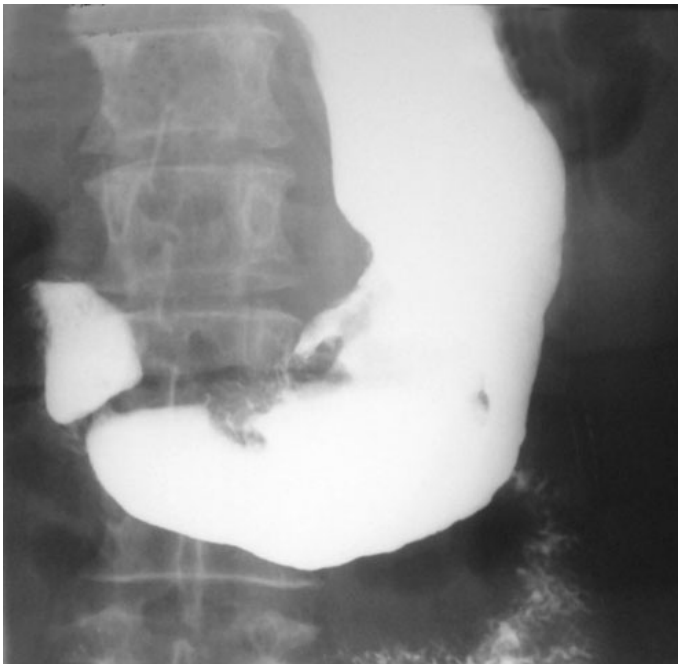


Рис. 5.11.
Прицельная рентгенограмма желудка. По малой кривизне в теле желудка, начиная со средней трети, определяется краевой дефект наполнения с неровными контурами с частичным распространением на антральный отдел.
Рак желудка

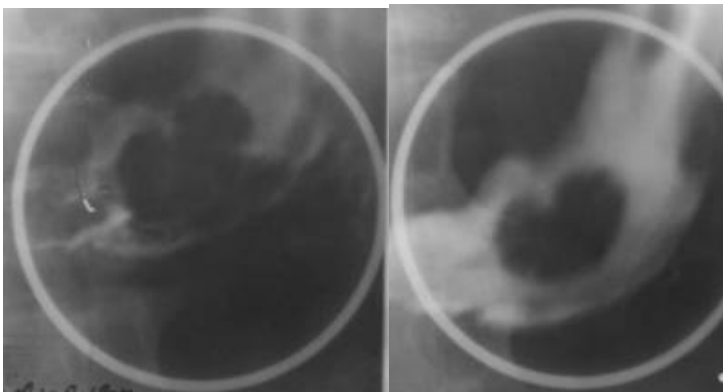


Рис. 5.12.
Прицельные рентгенограммы желудка в прямой проекции (контрастирование сульфатом бария – тугое наполнение в условиях дозированной компрессии). В дистальной части тела желудка с вовлечением антрального отдела имеется центрально расположенный дефект наполнения с гладкими полициклическими контурами.
Полипы желудка.

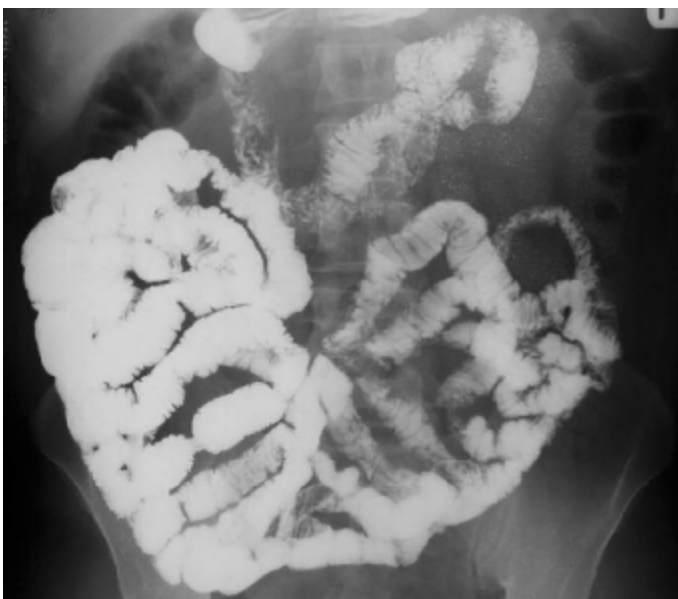


Рис. 5.13.
Обзорный снимок брюшной полости в прямой проекции. Пероральное контрастирование тонкой кишки. Видно поперечное направление складок слизистой оболочки.
Норма.



Рис. 5.14.
Исследование тонкой кишки с пероральным контрастированием взвесью сульфата бария. Определяется стриктура с неровными контурами участка тощей кишки (стрелки), супрастенотическое расширение. Болезнь Крона.



Рис. 5.15.
Обзорный снимок брюшной полости при ирригографии (тугое наполнение). Толстая кишка в норме.



Рис. 5.16.
Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Фаза рельефа в ободочной кишке при ирригографии.
Норма.



Рис. 5.17.
Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Двойное контрастирование толстой кишки.
Норма.



Рис. 5.18.

Прицельная рентгенограмма толстой кишки в прямой проекции (тугое контрастирование сульфатом бария).

В области слепой кишки с распространением на восходящую кишку определяется циркулярный дефект наполнения с неровными контурами, суживающий просвет кишки.

Рак толстой кишки с вовлечением слепой и дистального отдела восходящей ободочной кишки.



Рис. 5.19.

Прицельная рентгенограмма прямой и сигмовидной кишки (ирригограмма в фазе тугого наполнения). Отмечается неравномерное сужение просвета прямой и дистального отдела сигмовидной кишки с неровными зазубренными контурами, обусловленными многочисленными мелкими нишами.

Неспецифический язвенный колит.

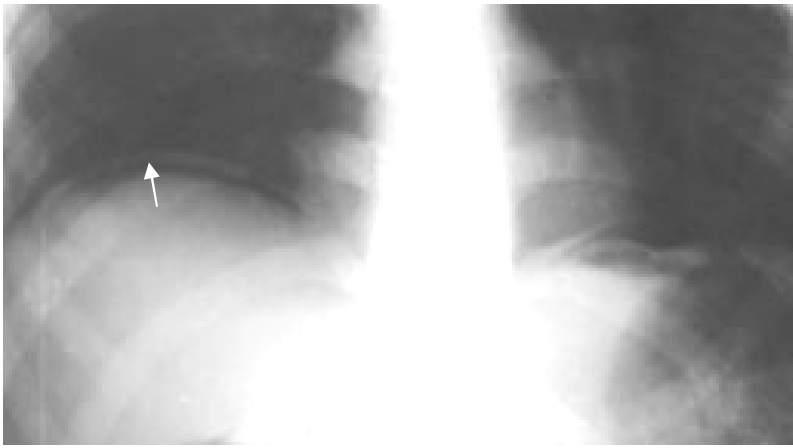


Рис. 5.20.
Обзорная рентгенограмма
брюшной полости в прямой
проекции. Вертикальное
положение. Под правым
куполом диафрагмы
определяется симптом
серповидного просветления
(стрелка).
Пневмоперитонеум
вследствие прободной язвы
желудка.



Рис. 5.21.
Обзорная рентгенограмма брюшной
полости в прямой проекции. Видны чаши
Клойбера.
Непроходимость тонкой кишки.

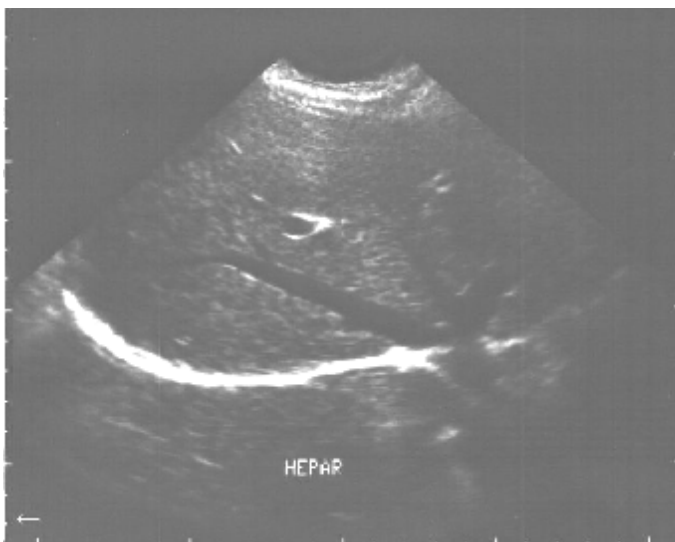


Рис. 5.22.
Сонограмма печени в норме. На
фоне паренхимы печени видны
широкие ветви печеночной вены в
виде гипоэхогенных структур.
Воротная вена имеет
гиперэхогенную стенку.

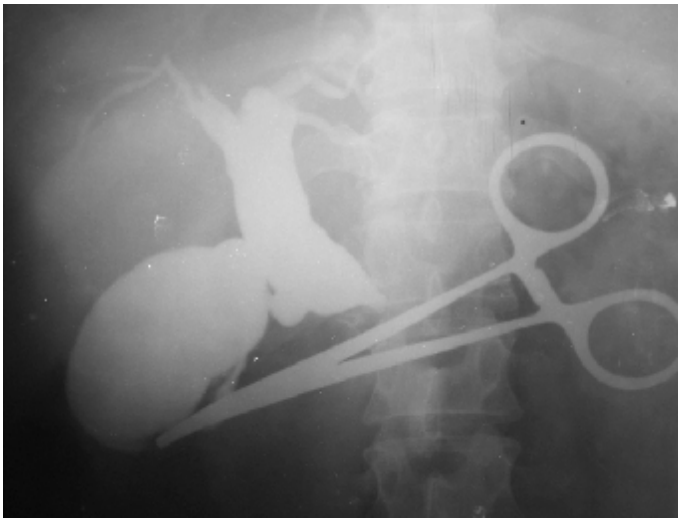


Рис. 5.23.

Операционная холангиография. Контрастное вещество введено в желчные протоки. Отмечается значительное расширение общего желчного и печеночных протоков, желчного пузыря. Дистальный участок общего желчного протока обтурирован с неровными контурами в месте обтурации. Контрастное средство в двенадцатиперстную кишку не поступает.

Рак общего желчного протока с его обтурацией.

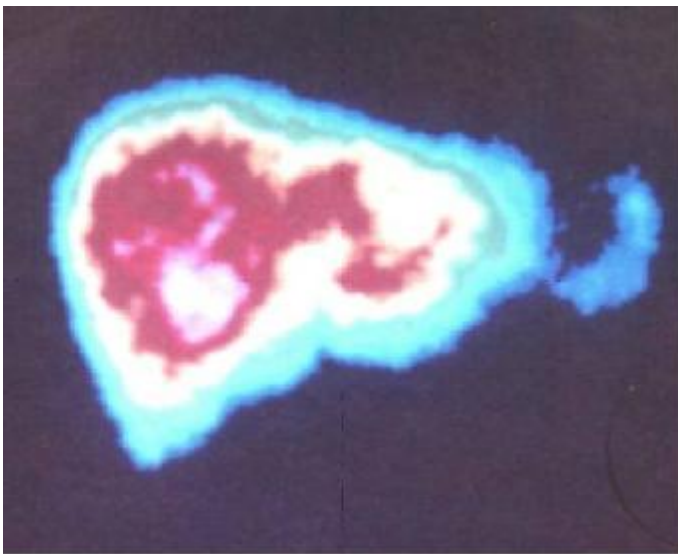


Рис. 5.24.

Статическая сцинтиграфия печени с ^{99m}Tc -технефитом. Нормальное распределение РФП в ткани печени и селезенке.

Норма.

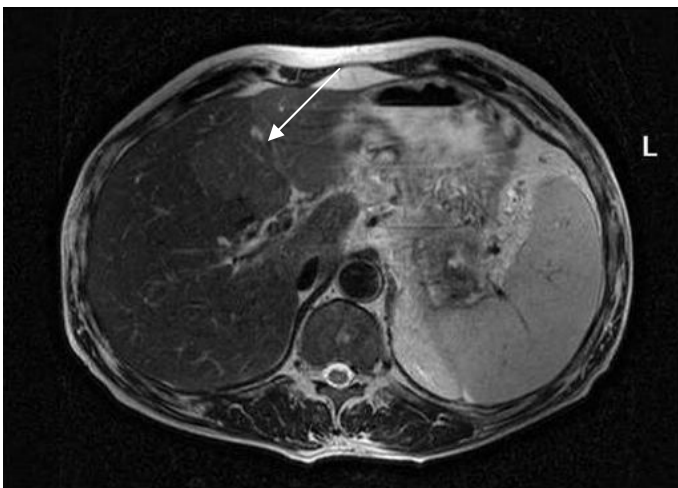


Рис. 5.25.

Острый гепатит. МРТ печени. Т2-ВИ. В ткани печени определяется участок воспаления с более интенсивным сигналом (стрелка).

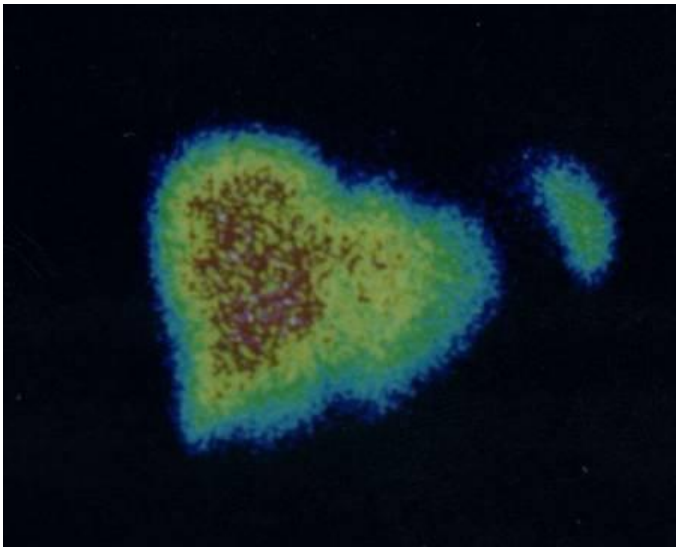


Рис.5.26.
Статическая сцинтиграфия печени с ^{99m}Tc -технефитом. Диффузное увеличение размеров печени, снижение накопления РФП, преимущественно в области левой доли. Повышение захвата РФП селезенкой (более 10%). Диффузные изменения паренхимы печени характерные для хронического гепатита.

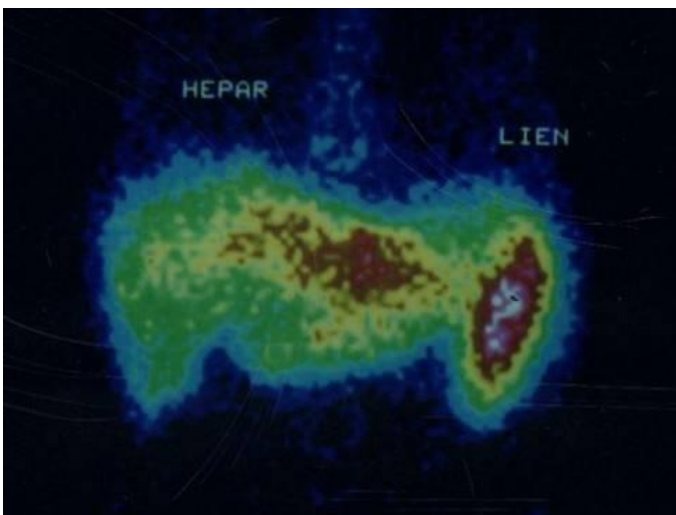


Рис. 5.27.
Статическая сцинтиграфия печени с ^{99m}Tc -технефитом. Неравномерное распределение и снижение накопления РФП в области печени. Резкое увеличение накопления РФП в области селезенки и ее размеров. Увеличение накопления РФП в костном мозге. Радиодиагностические признаки цирроза печени.

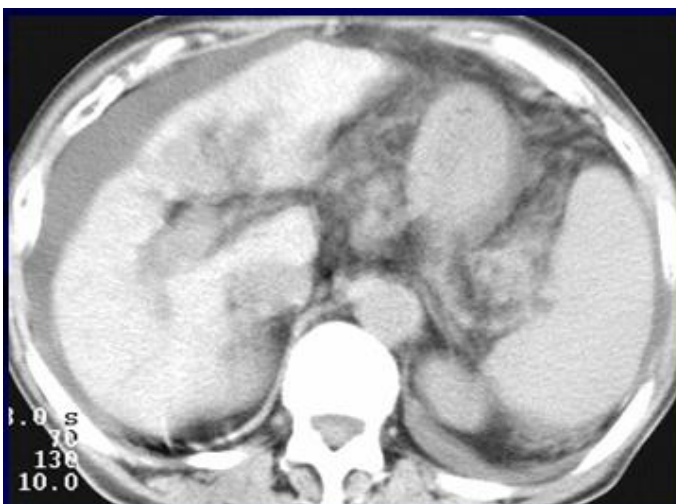


Рис. 5.28.
Компьютерная томограмма брюшной полости на уровне Т12. Печень увеличена в размере, контуры неровные, бугристые, структура неоднородная. Асцит. Селезенка увеличена. Цирроз печени.

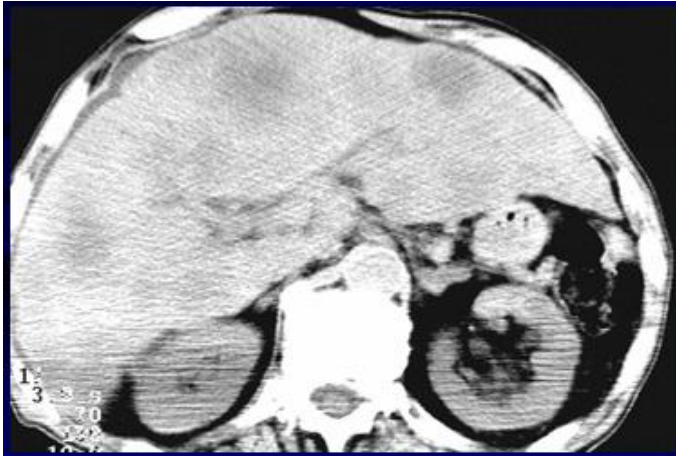


Рис. 5.29.
Компьютерная томография
брюшной полости на уровне L-2.
Множественные гиподенсивные
очаги неправильно округлой формы
в паренхиме печени. Метастазы
рака в печень.

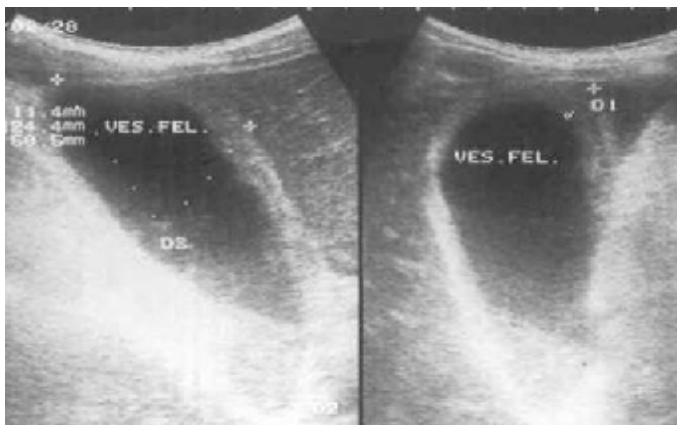


Рис. 5.30.
Сонограмма желчного пузыря.
Выявляется увеличение толщины
стенки желчного пузыря, ее
неоднородность, эхогенная
взвесь в
желчном пузыре. Острый
холецистит.

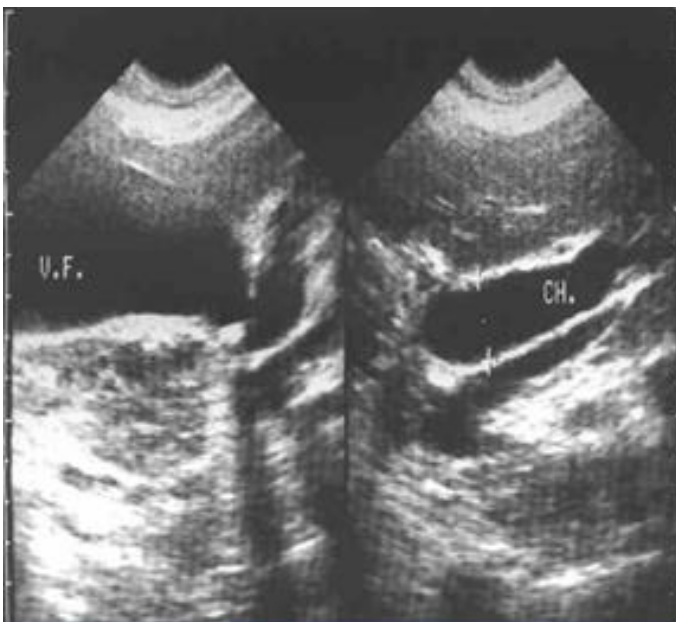


Рис. 5.31.
Сонограмма желчного пузыря и
холедоха. Желчный пузырь
увеличен. Стенки его неравномерно
утолщены. В области шейки
желчного пузыря конcrement,
дающий акустическую тень.
Пузырный проток и холедох
расширены.
Калькулезный холецистит.

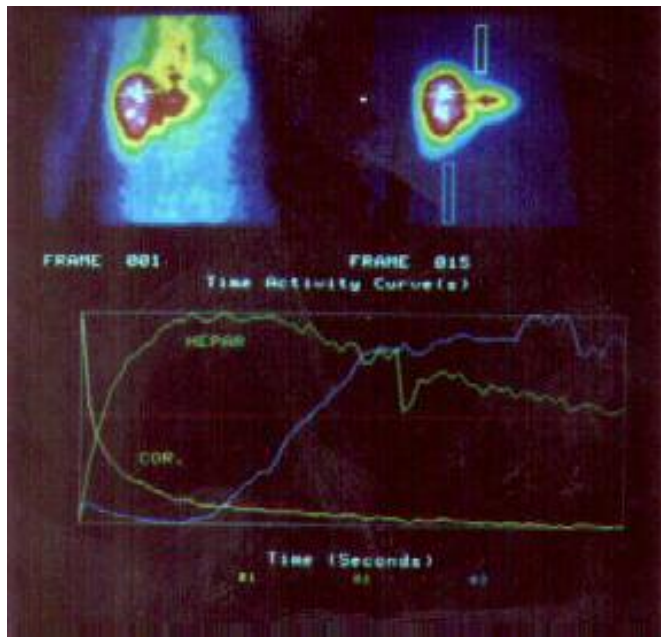


Рис. 5.32.

Динамическая гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc -бромезида. Неравномерное снижение распределения РФП преимущественно в области правой доли печени.

Существенное нарушение функции гепатоцитов: увеличение времени максимального накопления РФП (T_{max} 19 мин), увеличение “плато” (уменьшение скорости выведения РФП).

Признаки холестаза.

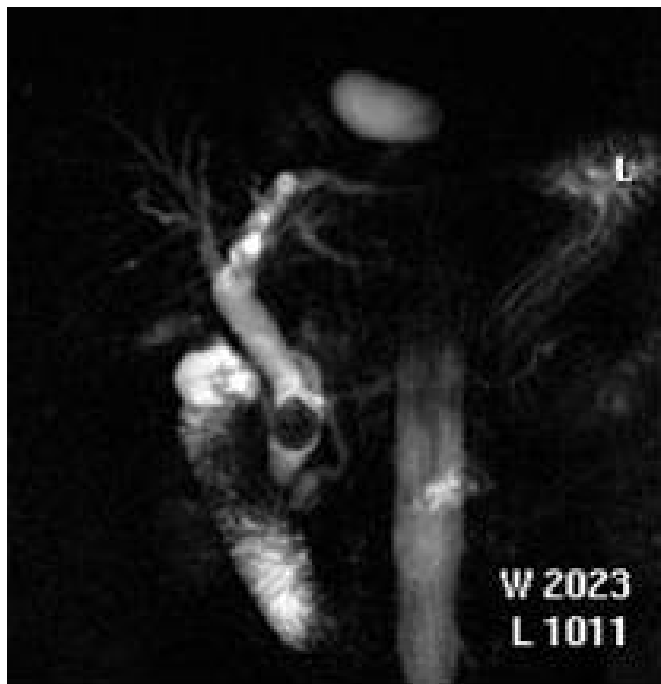


Рис. 5.33.

МР-холангиопанкреатография. Т2-ВИ. В общем желчном протоке камень в виде гипointенсивного образования.

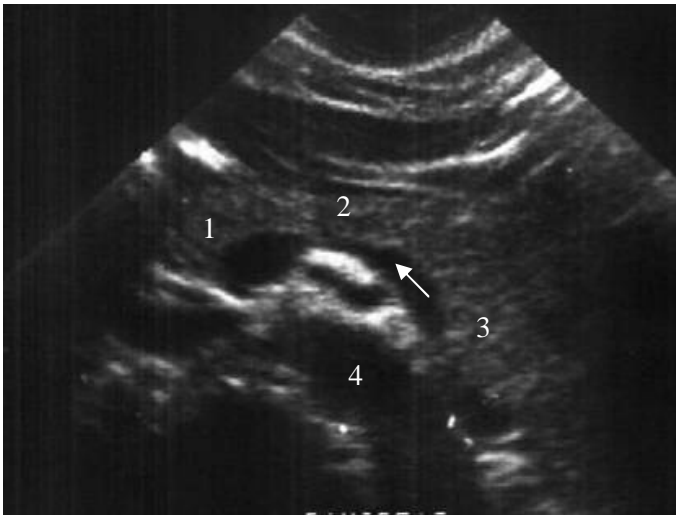


Рис. 5.34.

Сонограмма поджелудочной железы. 1 – головка; 2 – тело; 3- хвост; селезеночная вена (стрелка); 4 – аорта.

Норма.



Рис. 5.35.

Сонограмма поджелудочной железы. Увеличение размеров поджелудочной железы. Снижение эхогенности ее структуры. Острый панкреатит.

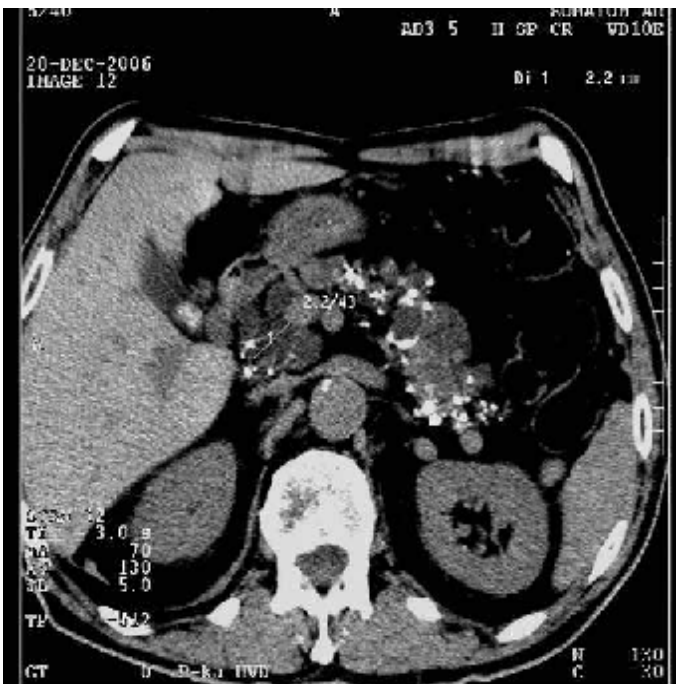


Рис. 5.36.

Компьютерная томография брюшной полости на уровне L-1. Поджелудочная железа деформирована. Структура ее неоднородная. Множественные кальцинаты в паренхиме поджелудочной железы. Хронический панкреатит.

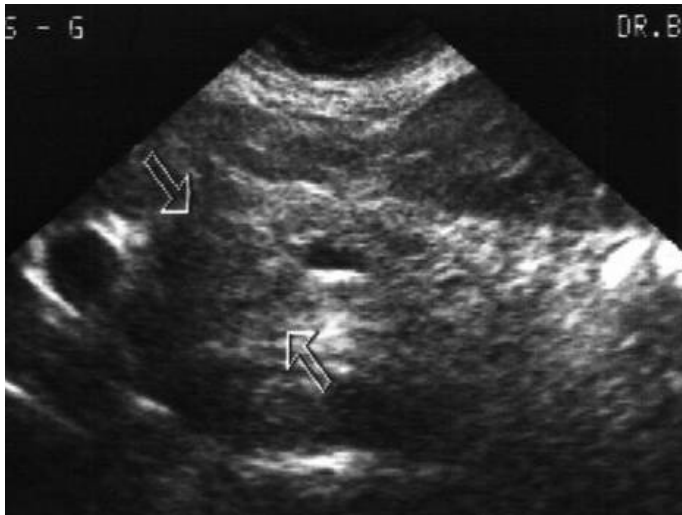


Рис. 5.37.

Сонограмма поджелудочной железы. Увеличение головки поджелудочной железы с неоднородной эхогенностью (стрелки).

Рак головки поджелудочной железы.



Рис. 5.38.

МРТ брюшной полости на уровне L-II. T2-взвешенное изображение. Увеличение и деформация контуров поджелудочной железы.

Рак головки поджелудочной железы.