

Магнитно-резонансная томография проведена 3 пациентам как дополнительный метод обследования, отмечалась более четкая ее дифференциация от окружающей жировой клетчатки, что позволило уточнить ее размеры.

Все пациенты были разделены на три основные группы, учитывая методику лечения: 1) 59,5% пациентов, вилочковая железа не отмечалась и жировая клетчатка в передневерхнем средостении была изменена; 2) у 4 пациентов отмечена тимомегалия, еще у 3 пациентов наличие образований — рекомендация к проведению оперативного лечения; 3) остальные пациенты имели вилочковую железу различных размеров, как правило, в пределах возрастной нормы и степеней жировой дегенерации.

При более тщательном анализе пациентов 3-й группы установлено, что их средний возраст составлял 30 лет. У 62,5% пациентов 3-й группы прослеживалась вилочковая железа, у 37,5% — не прослеживалась, но жировая клетчатка была тяжистой.

Изменения жировой клетчатки у пациентов 1 и 2-й групп, в том числе при отсутствии визуализации самой вилочковой железы, достоверно ($p < 0,001$) отличались от 3-й группы, также наблюдалось достоверное ($p < 0,01$) отличие между пациентами 2 и 3-й групп между собой, корреляционная связь между изменениями клетчатки и соотношением к группе лечения сильно выражена (0,73).

Выводы. На основе полученных данных подтверждено, что увеличение вилочковой железы является не единственной причиной миастении. Тимомы и образования вилочковой железы являются показаниями к проведению оперативного вмешательства. Структура вилочковой железы может быть разной: от мягкотканной до практически полностью жировой. Наличие изменений жировой клетчатки в типичном месте можно использовать для выбора метода лечения.

КТ-ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград
(Димитров), Украина

Основными методами лучевой диагностики опухолей, располагающихся в области височной кости, являются компьютерная томография (КТ) и МРТ, информативность которых составляет 80–90%.

Цель исследования. Изучение КТ-картины опухолей с экспансивным, литическим, деструктивным и склеротическим типом поражения, различными векторами роста новообразований; возможностей диагностики степени распространения опухоли на соседние структуры черепа.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности компьютерной томографии в диагностике опухолей среднего и внутреннего уха.

Результаты. КТ позволяет выявить костную деструкцию, распространение, а также варианты развития среднего и внутреннего уха, которые

могут иметь важное значение при выполнении операций. В области пирамиды височной кости чаще всего встречаются доброкачественные опухоли: невриномы, фибромы, гемангиомы, гломусные опухоли, менингиомы, остеомы. Из злокачественных опухолей чаще выявляются рак, саркома, рабдомиосаркома, кроме того, возможны вторичные изменения структур среднего, внутреннего уха и поражение височной кости при прорастании злокачественных новообразований из носоглотки. Знание особенностей строения височной кости, основных анатомических ориентиров и векторов роста новообразований позволяет выявить признаки опухолей различной локализации и характера.

В лекции рассматриваются вопросы вовлечения лабиринтных структур, а также обсуждение вопросов дифференциальной диагностики основных видов опухолей (менингиомы, шванномы, параганглиомы, рабдомиосаркомы, гистиоцитоза, гигантоклеточных опухолей, опухоли эндолимфатического мешка, хондросаркомы и других) с воспалительными изменениями, проявлениями системных заболеваний, сосудистыми структурами, вариантами развития височной кости, изменениями неопухолевого характера. Определение тактики дальнейших методов диагностики (КТ с внутривенным усилением, МРТ).

Выводы. Знание особенностей КТ-картины новообразований височной кости позволяет в большинстве случаев установить правильный диагноз. КТ височной кости позволяет определить алгоритм дальнейшей тактики ведения пациента при новообразованиях среднего и внутреннего уха. Использование мультимодального подхода значительно облегчает задачу дифференциальной диагностики.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград
(Димитров), Украина

Плоскоклеточный рак является наиболее распространенной злокачественной опухолью гортани.

Цель исследования. Краткий обзор анатомических структур и шейных пространств. Изучение КТ- и МРТ-картины поражения отделов гортани в соответствии с критериями TNM-классификации, уточнение локализации (надскладочный, складочный, подскладочный отдел гортани; вовлечение гортаноглотки и глоточно-пищеводного перехода), определение размеров первичного образования (определяет объем и область облучения), степени распространения опухоли по пространствам шеи, выявление вторично пораженных лимфоузлов.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности методов лучевой диагностики при опухолях гортани.

Результаты. 80-95% больных раком гортани составляют мужчины в возрасте 40-65 лет. Подавляющее число больных раком гортани являются злостными курильщиками. Задача лучевой диагностики состоит в выявлении опухоли и стадировании процесса в соответствии с TNM-классифи-

кацией. Хирургический метод допустим лишь при лечении опухолей I стадии, которые можно радикально удалить с хорошим функциональным исходом. Пациенты с распространенным раком всегда требуют комбинированного лечения. Применение химиотерапии при ряде локализаций или одновременной химиотерапии и лучевого лечения позволяет увеличить число органосохраняющих вмешательств и перевести часть первично нерезектабельных опухолей в резектабельное состояние.

Выявление сосудистой и периневральной инвазии, контактной деструкции хрящей гортани помогает определиться с тактикой ведения пациентов и избежать ненужных калечащих операций.

Рассматриваются возможности лучевой диагностики в оценке посттерапевтических изменений и регресса опухоли, а также возможность выявления ранних доклинических признаков рецидива и определение осложненной лучевой терапии.

Выводы. Выбор способа лечения пациентов с раком шеи – проблема многофакторная и комплексная. Первичная КТ- и МРТ-диагностика позволяет определить стадию опухоли по TNM с соответствующим лечением и прогнозом. Контрольные лучевые исследования помогают оценить эффективность лечения и выявить ранние признаки рецидива.

СЦИНТИГРАФИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСПЕПСИИ

*Мазур А.Г., Ткаченко М.Н., Миронова Е.В.,
Андрієнко М.І.*

*Національний медичний університет
імені А.А. Богомольця,
кафедра радіології та радіаційної
медицини, г. Київ, Україна*

Радионуклидные методы исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяют получить информацию о функциональном состоянии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, что недоступно другим лучевым методам. Мы изучали диагностические возможности гастросцинтиграфии (ГС) в выявлении нарушений моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка при функциональной диспепсии (ФД). В отделении радионуклидной диагностики КГКБ №14, расположенном на базе кафедры радиологии и радиационной медицины НМУ им. А.А. Богомольця, была проведена гастросцинтиграфия 112 пациентам (60 мужчинам и 52 женщинам) в возрасте от 14 до 64 лет. У 98 из них имелась разная патология верхних отделов ЖКТ, а у 14, направленных на дообследование для уточнения диагноза, патологии не выявлено, кроме функциональных нарушений деятельности желудка (функциональной диспепсии). Результаты ГС оценивали качественно и количественно. Получив серию изображений, оценивали форму, контуры и тонус желудка, его МЭФ, наличие гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастрального рефлюксов (ДГР). В дальнейшем приступали к количественному анализу данных. Выбирали зоны интереса: пищевод, желудок и верхние отделы кишечника с получением кривых динамики распределения

препарата в них. У трети обследованных выявлено замедление прохождения РФП по пищеводу, сопровождающееся увеличением ЭТВ и снижением клиренса до 60%. Большинство из них были с ГЭРБ (6 из 23) и ЯБ (6 из 26). Сужение пищевода и супрастенотическая задержка РФП >10 с выявлены у 7,2% пациентов с РП и ЭП. Гастроэзофагеальный рефлюкс установлен у 79,5% обследованных: наибольшее количество с ГЭРБ (20,5%), ЯБ (17,9%), ФД (10,7%) и с ХГ (8,9%). Сцинтиграфическими признаками его являлось противофазное изменение соответствующих кривых на определенной секунде исследования.

Повышение моторно-эвакуаторной способности желудка отмечалось у 39,3%: у всех пациентов с ЯБ, у 10 — с ГЭРБ, у 4 — с ХХ и у 4 — с ХГ и ФД. Первый выброс РФП в кишечник наблюдался до 4-й минуты. При этом TS соответствовала 20,5±2,5 минуты (при норме 25,5±0,5 мин). А за 30 минут исследования у большинства из них вывелось из желудка >65% РФП. Замедление этой функции желудка отмечалось у 33% обследованных: у 11 — с ГЭРБ, у 8 — с ХГ, одинаковое количество при ЖКБ и РЖ (по 4), у 3 — с ФД, у 3 — с ХП и одинаковое количество при ХХ и ЭП (по 2). Первый выброс РФП в кишечник наблюдался спустя 6 минут исследования. TS при этом соответствовала 29,5±0,5 минут, а выведение РФП за время исследования составляло 25–35%. ДГР был выявлен у 42,8% пациентов: почти у всех с ФД (у 11 из 14), у большинства с ЯБ (у 20 из 26), в меньшей степени при другой патологии верхних отделов ЖКТ (кроме РП и ЭП). Нормальный вертикальный размер желудка зафиксирован у 29 (25,9%) больных, менее 16 см — у 22,3% пациентов: у 10 — с ЯБ, у 11 — с ГЭРБ, у 4 — с РЖ. Более 18 см у 14,3% пациентов: у 8 пациентов с ХХ, у 5 — с ХГ и у 1 — с ЖКБ.

Таким образом, нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что является проявлением диспепсии, выявлены почти у всех обследованных. Наибольшее количество у больных с ЯБ (96,2%), с ГЭРБ (91,3%), с ФД (78,6%), с ХГ (66,7%) и с ХХ (45,5%). У 7,1% пациентов диспепсии желудка не наблюдалось. Таким образом, сцинтиграфическое исследование верхних отделов ЖКТ является в достаточной степени информативным в оценке моторно-эвакуаторной функции желудка и выявлении его диспепсии.

РОЛЬ РАДІОНУКЛІДНОЇ ТЕРАПІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Мечев Д.С., Щербіна О.В.

*Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

Вступ. Радіонуклідна терапія (РНТ) – це метод лікувального впливу на пухлини введеннями різними способами в організм пацієнта терапевтичними дозами певних радіофармпрепаратів (РФП).

В Україні на сьогодні практично використовуються лише 5: ³²P-ортофосфат натрію, ¹³¹I-йодид натрію, ¹³¹I-MIBG, ⁸⁹Sr-хлорид, ¹⁵³Sm-оксабіфор.

Сфери терапевтичного застосування радіонуклідів та РФП в онкології та гематології досить різноманітні. Існують цілком реальні потенційні можливості для розширення переліку методів лікування і РФП.