
МАТЕРИАЛЫ
4-го Российского научного форума
РАДИОЛОГИЯ 2003

Москва, ЦДХ, 15-18 апреля 2003 года

5,5). У 3 из 5 пациентов с клиникой стенокардии по результатам мониторингирования кровотока по МКШ на фоне введения дипиридамола выявлены низкие значения резерва кровотока (1,2-1,8). При проведении коронарошунтографии у двух из этих пациентов были выявлены 80% и 90% стенозы области дистального анастомоза МКШ. Одному из этих пациентов произведена баллонная ангиопластика стеноза МКШ. При контрольной шунтографии подтверждено отсутствие остаточного стенозирования. При повторном проведении ультразвуковой нагрузочной пробы с дипиридамолом через 3 дня после ангиопластики у этого пациента выявлен прирост на 30% показателей резерва кровотока по МКШ.

Таким образом, ультразвуковое мониторирование кровотока по МКШ на фоне внутривенного введения дипиридамола позволяет выявлять функционально значимые стенозирующие поражения МКШ у пациентов в отдаленные сроки после оперативного вмешательства, а также проводить оценку эффективности баллонной ангиопластики стенозирующих поражений МКШ.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗОВ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Алексеева Т.Р., Ларионова В.Б.

Россия, г. Москва, Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им. Н.Н. Блохина РАМН

В последние годы отмечено увеличение частоты внутрибольничных микозов у больных гемобластозами. Наиболее важным предрасполагающим фактором в развитии инфекционных осложнений является нейтропения, обусловленная как самим заболеванием так и цитостатической терапией.

Основным методом диагностики микозов является посев крови на специализированные среды, но многие авторы указывают на относительно низкую его чувствительность. Только у 50-60% больных удается выделить грибы при посеве крови. Клинические проявления фунгемии неспецифичны; у подавляющего числа больных отмечается лихорадка, резистентная к антибиотикам широкого спектра, которая являлась показанием к проведению современных методов лучевой диагностики, включая спиральную и высокоразрешающую компьютерную томографию.

Нами детально проанализированы результаты обследования 41 пациента с гемобластозами, у которых поражение легочной ткани выявлено в процессе лечения: из них в 28 случаях установлен кандидоз, у 12 - аспергиллез, в 1 случае актиномикоз.

Рентгенологические признаки инвазивного кандидоза выражались усилением легочного рисунка, появлением очагов и узловых образований неправильной формы с нечеткими контурами неоднородной структуры; диффузных инфильтратов с участками распада и диссеминированным поражением легочной ткани.

Очаговая форма поражения установлена у 12 больных; очаги неоднородной структуры с нечеткими контурами располагались преимущественно в субплевральных отделах легких. При узловой форме, установленной в 7 случаях, узлы локализовались также в субплевральных отделах легких, чаще имели треугольную форму, структура которых была неоднородной, с участками просветления различных размеров.

Реже отмечались инфильтративная (у 4) и диссеминированная форма поражения в 3 случаях.

Неинвазивный кандидоз диагностирован в двух наблюдениях; в одном наблюдении *Candida albicans* были обнаружены в распадающейся опухоли средостения при сформированном медиастинально-трахеальном свище, во втором - рост грибов обнаружен в просвете среднедолевого бронха, что сопровождалось obturацией просвета бронха и ателектазом доли.

Бронхолегочный инвазивный аспергиллез развился у 11 пациентов. Рентгенологические проявления в 9 случаях выражались в формировании единичных или множественных полостных образований в неизменной легочной ткани, а в 2 случаях - диффузные инфильтраты сочетались с множественными очагами.

Нами проведены сопоставления данных бактериологического и лучевых методов исследования у 9 больных с фунгемией; из них в 5 случаях грибковое поражение легочной ткани установлено лучевыми методами. Фунгемия выявлена в период регрессии легочных изменений на фоне антифунгальной терапии. У остальных 4 больных каких-либо изменений со стороны легочной ткани не было отмечено.

Спиральная компьютерная томография позволила наиболее объективно и полно судить о характере очаговых и узловых образований в легких, уточнить их количество, локализацию, структуру и контуры, а также взаимосвязь выявленных изменений с прилежащими структурами средостения, бронхами, плеврой и грудной стенкой.

Таким образом, в настоящее время адекватное современное обследование онкогематологических больных с лихорадкой "неясного генеза" должно включать проведение КТ исследования.

явлено лучевых повреждений кожи и подкожной клетчатки в зоне облучения. При динамических осмотрах у пациенток также не было выявлено лучевых повреждений легочной ткани после проведенной нейтронно-фотонной терапии.

У 21 больной с местными рецидивами рака молочной железы после комбинированного лечения применялась нейтронная терапия 6,3 МэВ на циклотроне У-120. При этом, величина СОД быстрых нейтронов составляла 5,6-7,2 Гр (ФЭД - 28 - 40 Гр по изозффекту) и дополнялась в ряде случаев фотонной терапией (СОД - 34-52 Гр). Необходимо отметить, что у больных, получавших нейтронно-фотонную терапию по поводу местных рецидивов рака молочной железы, возобновления роста опухоли в пролеченной зоне при дальнейшем динамическом наблюдении не отмечалось.

Таким образом, применение быстрых нейтронов 6,3 МэВ повышает эффективность комплексного лечения больных с первичным местнораспространенным процессом рака молочной железы и с местными рецидивами после комбинированного лечения.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Мусалимова Г.Г., Якасова Е.М

г. Чебоксары, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова.

В последние годы внимание клиницистов и рентгенологов привлекают так называемые "атипичные" пневмонии, вызываемые микоплазмами, хламидиями, в связи с тем, что клиника такого рода пневмоний отличается от характерных проявлений типичной пневмонии, культуральная диагностика их затруднена, а применение в лечении бета-лактамовых антибиотиков и аминогликозидов неэффективно. Поэтому большой интерес представляет изучение клинико-рентгенологических признаков атипичных пневмоний.

С этой целью обследовано 53 больных с атипичной пневмонией в возрасте от 15 до 66 лет. У 62,3 % больных в сыворотке крови выявлены ИФА-методом антитела к *Mycoplasma pneumoniae*, а у 37,7 % к *Chlamidia pneumoniae*. У всех обследованных больных начало заболевания было постепенное на фоне умеренно выраженных катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей. При физикальном обследовании выявлена скудная симптоматика: локально выслушивались мелкопузырчатые хрипы или незвучная инспираторная крепитация при отсутствии укорочения (притупления) перкуторного звука. При исследовании крови отмечалось повышение СОЭ на фоне небольшого лейкоцитоза или лейкопении.

При стандартном рентгенографическом исследовании у больных с микоплазменной пневмонией у 30,2 % больных выявлено усиление легочного рисунка, характерное для перибронхиальной инфильтрации, очаговые инфильтративные изменения у 18,2 % пациентов, долевая и полисегментарная инфильтрация у 32,3 %, комбинация очаговой и многоочаговой инфильтрации на фоне интерстициальных изменений в 20,3 % случаях. Причем у 21,2 % пациентов процесс имел двусторонний характер. Рентгенологическая картина при хламидийной пневмонии имела свои характерные особенности: в 50 % случаях выявлена локальная субсегментарная инфильтрация, инфильтративные изменения в объеме одной и более долей у 10 % пациентов, усиление легочного рисунка у 30 %, мелкоочаговая инфильтрация у 10 % больных. Таким образом, при атипичных пневмониях выявляются, как типичные пневмонические инфильтрации, так и интерстициальные изменения (у трети больных), а также их комбинация.

Проведенные исследования подтверждают, что микоплазменные и хламидийные пневмонии имеют стертую клиническую картину, невыраженность лабораторных изменений, а рентгенологически могут проявляться, как типичной пневмонической инфильтрацией легочной паренхимы, так и усилением легочного рисунка.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕДОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Назаренко Г.И., Юрескул И.В., Богданова Е.Г., Головатенко-Абрамов К.В.

г. Москва, Медицинский центр Банка России

Введение. Одна из проблем в диагностике заболеваний молочной железы - возможность уверенного исключения злокачественного процесса в ткани железы, особенно в сложных случаях (дисплазии, рубцовые изменения и др.). Применяемые в настоящее время методы лучевой и инвазивной диагностики имеют ряд ограничений. Цитологическая верификация злокачественных образований также бывает затруднительна.

Цель исследования. Оценка возможностей комплексной лучевой и инвазивной диагностики заболеваний молочных желез.

Методы и клинический материал. В МЦБР за 5 лет работы были обследованы более 5,5 тыс. женщин в возрасте от 34 до 78 лет. Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, маммографию (МГ) в стандартных проек-

Нами были проведены исследования гормонального профиля 127 больных с ИБС и ОАНК которым проводился курс оксигенотерапии (гипербарической оксигенации). Данный метод успешно применяется в медицинской практике уже более 30 лет. Но до сих пор, критерии, определяющие дозировку гипербарического кислорода не определены. Все обследованные больные были распределены на четыре группы, в зависимости от тяжести заболевания: ИБС I - II ФК, III - IV ФК, ОАНК I - II ст. заб., III - IV ст. заб. Лечение проводилось в одноместных лечебных барокамерах ОКА - МТ. Длительность изопрессии составляла - 40 мин. Давление в барокамере - от 1,2 до 1,7 АТА, в зависимости от нозологии и степени заболевания.

Исследовалось содержание гормонов, которые по данным литературы чаще всего изменяются при данных заболеваниях, а именно: тиреотропный гормон, трийодтиронин, общий тироксин, адренокортикотропный гормон, кортизол, альдостерон, ренин, паратгормон, тиреокальцитонин. Исследования проводились радиоиммунным методом с помощью наборов фирмы "Sea-Ire-Sorin" (Франция). Обработка данных проводилась на счётчиках фирмы LKB (Швеция) и Beckman (США).

Полученные данные позволили выявить закономерности изменения гормонального профиля у пациентов с ИБС и ОАНК на фоне проведения сеансов оксигенотерапии. Полученные результаты позволили оптимизировать длительность курсового лечения методом оксигенотерапии, в зависимости от степени тяжести заболевания и исходного гормонального профиля. Полученные выводы могут быть рекомендованы для внедрения в практику отделений оксигенотерапии.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ

Щетинин В.В., Пачгин И.В.

г. Москва; Клиническая больница №6, г. Кемерово, Клинический диагностический центр

Диагностике поражений лимфатических узлов с помощью рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) в настоящее время уделяется большое внимание в связи с неинвазивностью и высокой точностью метода. До сих пор не существует единого мнения о критериях поражения лимфоузлов: J.R.Наага и соавт. (1979) считают, что в норме забрюшинные лимфатические узлы не выявляются, E.Zerhouni (1995) придерживается мнения, что патологически измене-

ны только лимфоузлы более 6 мм. П.В. Власов, П.М. Котляров (1998) утверждают, что на РКТ выявляются только патологически измененные л/узлы.

Увеличение лимфоузлов можно наблюдать при широком спектре инфекционных, аутоиммунных и онкологических заболеваний (инфекционном гепатите, СПИДе, туберкулезе, лимфомах, метастазирующих новообразованиях, саркон-дозе, б-ни. Гоше и многих других).

Нами был проведен анализ обследований 160 человек с лимфоаденопатиями, представленными лимфомами - 36 человек (23%), метастазами в лимфоузлах - 45 человек (28%), саркон-дозом - 21 (13%), неспецифическими лимфоаденопатиями - 58 (36%).

Всем больным проводилась РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства на аппарате "Tomoscan CX/S", ультразвуковое исследование на сканерах "Aloka - 630" и части пациентов (27%) - МРТ на томографе "Magnetom open" с напряженностью поля 0,2 Т.

Анализ материала показал, что при УЗИ наибольшие трудности в оценке состояния забрюшинных лимфоузлов возникали у больных с большими степенями ожирения, при выраженном метеоризме, узких межреберных промежутках. При КТ использование внутривенного контрастирования позволяет в большинстве случаев без труда отличить кровеносные сосуды от лимфатических узлов за счет окружающей лимфоузел жировой ткани. КТ можно эффективно использовать в наблюдении за реакцией лимфоузлов на терапию, контролируя изменения размеров. При необходимости проведения пункционной биопсии забрюшинных лимфоузлов КТ имеет неоспоримые преимущества перед УЗ - биопсией, даже при глубоком их расположении и нестандартном доступе. При МРТ нами отмечено, что существуют различия времени T1- и T2- релаксации злокачественных и незлокачественных узлов. Однако характеристики сигналов перекрываются настолько, что их диагностическая ценность для конкретного пациента ограничена. К недостаткам МРТ также относится большая стоимость и продолжительность исследования.

Таким образом КТ остается лучшим методом визуализации лимфатической системы благодаря относительной простоте использования и интерпретации. Кроме того, КТ позволяет проводить точную пункционную биопсию патологических очагов размером 1 см. в труднодоступных участках.