

Выводы. Чёткое определение задач компьютерной томографии при проведении брахитерапии повышает эффективность этого высокотехнологического метода лечения локализованных форм РПЖ. Это имеет большое значение и при решении вопроса постлучевых осложнений после брахитерапии. Из опыта центров брахитерапии России они минимальны по сравнению с другими видами радикального лечения. У большинства больных они наблюдаются в раннем периоде и ограничиваются дизурическими расстройствами. Лучевой ректит возникает менее

чем у 2 % пациентов, недержание мочи – в 1 % случаев, если не выполнялась предварительно ТУР. Также высок уровень сохранения потенции – до 75 %. Менее чем в 0,5 % случаев наблюдаются постлучевые изменения на отдаленных сроках после брахитерапии. Мы убеждены, что полное понимание значения визуализации и диагностического сопровождения брахитерапии рака предстательной железы, а также задач КТ при этом способствует минимизации неблагоприятных последствий для пациентов.

ВАРИАНТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

И.Ф. ГАРБУЗ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, г. Тирасполь, Молдова*

Актуальность. Малоберцовая кость у детей часто поражается опухолевыми образованиями, которые требуют оперативного лечения. Образованный дефект устраняется при помощи пластики формализированным алотрансплантатом или аутоотрансплантатом, взятым и приготовленным классическим способом. В этих способах пластики имеются и отрицательные стороны. Учитывая функциональную специфику малоберцовой кости предлагаем оригинальный способ пластики дефекта с максимальным, на наш взгляд, эффектом и с минимальными затратами и угрозами осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования: разработать способ костной пластики дефекта малоберцовой кости после удаления опухолевых образований.

Материал и методы. Изучены истории болезни 19 детей, которые получили лечение по поводу: кисты малоберцовой кости – 4; фиброзной дисплазии малоберцовой кости – 6; остеонидеома малоберцовой кости – 2; остеохондром – 3; гигантоклеточной опухоли – 1; гемангиомы малоберцовой кости – 3. Для закрытия дефекта малоберцовой кости из более длинного сегмента продольно-косым рассечением выкраивается аутоотрансплантат, который на 1–1,5 см длиннее операционного дефекта. Далее аутоотрансплан-

тат разворачивается на 180° и вставляется основанием на острие сегмента, откуда выкроен аутоотрансплантат, а острие аутоотрансплантата вставляется в основание второго сегмента кости. Таким образом закрывается костный дефект и восстанавливается ось кости. Предложенный способ костной пластики дефектов малоберцовой кости у детей применяется в течение 7 лет, лечение получили 19 больных детей, из которых 13 мальчиков и 6 девочек. В ближайшем послеоперационном периоде во всех случаях рана закрылась первичным натяжением, швы сняты на 12-й день после операции, больные выписаны домой в гипсовой иммобилизации.

Результаты. Прослежены результаты лечения глубиной до 5 лет у 13 больных. Клинически форма и функция оперированной голени полностью восстановлены, рентгенологически у всех больных имеется закрытие дефекта костным регенератом и с его перестройкой, прямо пропорциональной сроку после оперативного вмешательства. Преимуществами предлагаемого способа пластики дефекта малоберцовой кости являются следующие: аутопластика не нуждается в дополнительном разрезе для забора костной ткани; для пластики применяется аутокость – нет угрозы реакции организма на инородное тело; аутоотрансплантат служит

матрицей для последующего формирования костной ткани; аутоотрансплантат, учитывая способ фиксации, хорошо держится без дополнительных приспособлений; его длина может быть до $\frac{3}{4}$ сегмента кости.

Выводы. Предложенный способ костной пластики при дефектах малоберцовой кости у детей после удаления опухолеподобных образований прост и эффективен, выполняется легко и полностью отсутствует угроза несовместимости трансплантата и реципиента.

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

О.Г. ГРИШИНА, Н.К. СИЛАНТЬЕВА, Т.И. БОГАТЫРЕВА

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Обнинск

Актуальность. Экссудативный перикардит у больных первичной лимфомой Ходжкина (ЛХ) является неблагоприятным фактором прогноза, который приводит к увеличению частоты раннего прогрессирования и рецидивам заболевания. Своевременная диагностика ранних признаков экссудативного перикардита у больных ЛХ позволяет скорректировать тактику лечения.

Целью исследования явилось изучение КТ-симптомов специфического поражения перикарда у больных с впервые выявленной ЛХ.

Материал и методы. В период с 1998 по 2008 г. в нашем центре было проведено обследование и лечение 541 пациента с впервые установленным диагнозом ЛХ. При комплексной клиничко-лучевой оценке, включающей рентгенографию, компьютерную томографию (КТ) и эхокардиографию (ЭхоКГ), поражение перикарда диагностировано у 91 больного (16,8%), которым было проведено ретроспективное изучение КТ-данных.

Результаты. При анализе КТ-изображений у 11 из 91 (12,1 %) больного было отмечено отсутствие поражения перикарда. У 9 из 91 (9,9%) больного выявлены локальные изменения перикарда в виде его уплотнения или утолщения в месте прилегания конгломератов лимфатических узлов средостения. Перикардальный выпот выявлен у 60 из 91 (65,9 %) больного (малое или умеренное количество жидкости отмечено у 39 больных, значительное – у 21). Накопление жидкости в полости перикарда имело свои закономерности: небольшой выпот

визуализировался в нижерасположенных участках полости перикарда позади левого желудочка и латерально от левого предсердия; по мере накопления жидкость распространялась кпереди от правых предсердия и желудочка. Диагноз экссудативного перикардита не вызывал сомнений, если на КТ-сканах жидкость шириной более 5 мм окружала все сердце. Толщина измеряемой жидкости составила от 7 до 106 мм (в среднем $35,7 \pm 21,6$ мм), денситометрическая плотность колебалась от -17 до +45 ед. Н (в среднем $-11,2 \pm 6,2$ ед. Н). Сравнительный анализ данных ЭхоКГ и КТ показал, что КТ является более чувствительным и информативным методом. Частота ложноотрицательных результатов, подтвержденных наблюдением в динамике, при проведении ЭхоКГ составила 26 %, что в 2 раза выше, чем при КТ, – 13 %. Причины ложноотрицательных результатов при ЭхоКГ: контактный переход процесса с пораженных лимфоузлов средостения на перикард, локализация жидкости в нижелатеральных отделах сердца и наличие выраженной тахикардии у больного. При КТ: наличие незначительного количества жидкости и больших конгломератов лимфатических узлов средостения. Для повышения точности диагностики жидкости в области верхушки сердца мы использовали мультипланарные реконструкции в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Больным, у которых был выявлен перикардит значительного количества, назначали 4–6 курсов полихимиотерапии по схеме BEACOPP, затем 2 курса CVPP и лучевую терапию на область