

Выводы. Ирригоскопия и прицельное УЗИ брюшной полости, с учетом клинко-анамнестических данных, в 79,2 % случаев позволяют достоверно установить наличие псевдовоспалительных форм рака толстой кишки с признаками микроперфораций. Результаты проведенного исследования дали возможность выделить основные клинко-лучевые симптомы микроперфорации при псевдовоспалительных формах рака толстой кишки: изменение органа (опухолевого образования/инфильтрации стенки

кишки); наличие перифокального инфильтрата и локального скопления свободной жидкости за пределами измененной кишки. МСКТ является уточняющей методикой, она необходима для определения стадии опухоли, а также в тех случаях, когда данные проведенных ранее лучевых исследований и клинические проявления не позволяют провести дифференциальную диагностику отграниченных воспалительных процессов брюшной полости.

ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ И 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В СРАВНЕНИИ С МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ

С.В. ЕПИФАНОВА, Н.А.РУБЦОВА, В.В. ТЕПЛЯКОВ, В.А. ДЕРЖАВИН

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Актуальность проблемы в первую очередь обусловлена редкой встречаемостью первичных опухолей костей, большим разнообразием нозологических форм и недостаточной их изученностью. Заболеваемость злокачественными опухолями костей составляет 2 на 100000 населения. В то же время среди всех злокачественных новообразований костные саркомы обнаруживаются у 1 % больных. К сожалению, вопрос выбора метода визуализации у каждого конкретного пациента с опухолями опорно-двигательной системы в России зачастую связан не только с возможностями аппаратуры, но и стоимостью исследования, оснащенностью лечебных учреждений и квалификацией персонала.

Целью исследования являлось сопоставление возможностей спиральной компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарным и 3D-моделированием в оценке распространенности опухолей костей конечностей с магнитно-резонансной томографией.

Материал и методы. В исследование включены 54 пациента с опухолями костей конечностей, проходившие обследование и лечение в клиниках МНИОИ им. П.А. Герцена с 2007 по 2010 г. Всем пациентам в дооперационном периоде для определения тактики лечения выполнялись магнитно-резонансная томография и спиральная компьютерная томография с контрастным усилением, последующей мультипланарной и 3D-реконструкцией. Для определения объема хирургического лечения производили оценку 9 основных признаков: интрамедуллярная протяженность, степень разрушения кортикального слоя кости, наличие периостальной реакции, перелома и скип-метастазов, вовлечение сосудов, нервов, сустава, мышц.

Результаты. По данным выполненного исследования все пациенты были разделены на 3 группы: КТ превосходит по информативности МРТ (КТ>МРТ), эквивалентно (КТ=МРТ) и менее информативно (КТ<МРТ). В оценке периостальной реакции при опухолях костей

конечностей СКТ была выше, эквивалентна и ниже по информативности, чем МРТ, в 2, 22 и 0 случаях, соответственно. В выявлении патологического перелома СКТ по отношению к МРТ превосходила/соответствовала/была менее информативна – в 0/9/0 случаях; в диагностике скип-метастаза – в 0/2/4 случаях; в выявлении состояния кортикального слоя – в 0/46/0 случаях; вовлечении артерий – в 0/26/0 случаях; вен – в 0/24/3; сустава – 0/10/15; мышц – в 0/30/5 случаях. Специфичность КТ и МРТ при оценке вовлечения нервных стволов составила 74,5% и 95,8 % соответственно; прогностическая цен-

ность положительного результата – 36,9 % и 77,8 % соответственно.

Выводы. КТ и МРТ являются эквивалентными методами в оценке состояния кортикального слоя кости, артерий, наличия патологического перелома. Контрастность тканей позволяет отдать предпочтение магнитно-резонансной томографии при оценке состояния сустава, вен, мышц, нервов, интрамедуллярной протяженности. Однако компьютерная томография остается пока не превзойденной в оценке периостальной реакции.

ОСОБЕННОСТИ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Т.В. ЖОГИНА, О.В. РОДИОНОВА, О.С. ШУЛЬГА, В.Д. ЗАВАДОВСКАЯ

*ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Томск*

Актуальность. В связи с большей доступностью и улучшением качества современных высокоинформативных лучевых методов исследования увеличилось выявление случаев саркоидоза органов дыхания. Компьютерная томография, включая высокоразрешающую компьютерную томографию, является ведущим методом для выявления и дифференциальной диагностики данного заболевания.

Цель публикации: показать особенности проявлений саркоидоза органов дыхания при компьютерной томографии, в частности - компьютерной томографии высокого разрешения.

Материал и методы. За период с марта 2010 г. по апрель 2011 г. в кабинете компьютерной томографии клиник ГОУ ВПО СибГМУ выявлено 16 больных саркоидозом, из них – 7 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 22 до 50 лет. Среди них выявлены следующие формы саркоидоза: медиастинальная – 4, легочно-медиастинальная – 10, легочная – 2.

Результаты. Медиастинальная форма (I стадия саркоидоза) характеризовалась умеренным (до 11–16 мм) увеличением бронхо-пульмональных, трахео-бронхиальных, би-

фуркационных, нижних паратрахеальных и, в меньшей степени, парааортальных лимфатических узлов. Легочно-медиастинальная форма (II стадия саркоидоза) характеризовалась сочетанием медиастинальной лимфаденопатии с неравномерной милиарной или мелкоочаговой диссеминацией. Мелкие очаги (1–4 мм) локализовались в передних и задних сегментах верхних долей, средней доле и язычковых сегментах, верхушечных сегментах нижних долей с характерным перилимфатическим распределением вдоль бронхо-сосудистых пучков, а также междольковых перегородок, междолевой и костальной плевры, сопровождающаяся четкообразным утолщением интерстициальных структур. У части больных очаги располагались группами в глубине легочной ткани, образуя фокусы уплотнения с нечеткими контурами. Уплотнение междольковых перегородок не являлось доминирующей чертой при саркоидозе, было неравномерным. Легочная форма (III стадия саркоидоза) проявлялась изолированной милиарной или мелкоочаговой диссеминацией с типичной локализацией и перилимфатическим распределением очагов.

Выводы. Компьютерная томография высо-