

2
0
1
4

4-6 апреля

МЕЖДУНАРОДНЫЙ VII
НЕВСКИЙ
РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

СБОРНИК
НАУЧНЫХ РАБОТ



SPBRA.RU 2014 СПРО
Сотрудничество и инновации

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

НЕВСКИЙ РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ — 2014

4–6 АПРЕЛЯ 2014 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

ИЗДАНИЕ ПОСВЯЩЕНО СТОЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО
РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ГЛАВНЫЙ СПОНСОР ПРОЕКТА «ИЗДАНИЕ СБОРНИКА»

FUJIFILM

Санкт-Петербург
ЭЛБИ-СПб
2014



При окклюзии ВБА ее дистальные ветви заполнялись контрастным веществом за счет коллатерального кровообращения в 8 (66%) случаях, не контрастировались в 4 (34%) случаях, при субокклюзии дистальные ветви заполнялись контрастным веществом в 6 (75%) случаях, не контрастировались – в 2 (25%). Окклюзия/субокклюзия ВБА на уровне I сегмента наблюдалась в 4 (20%) случаях, на уровне II сегмента – в 7 (35%) случаях, на уровне III сегмента – в 7 (35%) случаях, на уровне I и II сегментов – в 1 (5%) случае, на уровне I, II и III сегментов – в 1 (5%) случае. У 25% больных острая окклюзия/субокклюзия мезентериальных артерий отмечалась на фоне генерализованного атеросклероза. КТ-ангиография с последующей постпроцессинговой обработкой позволяет быстро оценить проходимость мезентериальных артерий, определить уровень, протяженность и характер их поражения, обеспечивает хорошую визуализацию соседних анатомических структур.

* * *

ОБЪЕМНАЯ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Вардинов Д. Ф.*, Яковлева Е. К.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

*E-mail: vdany82@mail.ru; тел.: +8 (921) 374-66-49

Целью исследования стала оценка возможностей и преимуществ объемной мультиспиральной компьютерной коронарографии (МСКТ-коронарографии) при множественном стентировании коронарных артерий. Объемная МСКТ-коронарография выполнена 21 пациенту в возрасте от 47 до 75 лет с наличием 3 и более коронарных стентов в венечных артериях. Исследование проводили в режиме объемного сканирования на 320-срезовом компьютером томографе Aquilion One (Тошиба, Япония), с проспективной ЭКГ-синхронизацией, внутривенным болюсным введением водорастворимого йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата «Ультравист 370» и физиологического раствора. Объемная МСКТ-коронарография выполнялась со следующими параметрами сканирования: мА 360–580, мс 220–350, мА с 44–129, толщина среза 0,5 мм. Коронарная ангиография (КАГ) использовалась в качестве метода верификации результатов, была выполнена 12 пациентам. Протяженность зоны сканирования была сокращена до 120–140 мм (максимальная протяженность зоны сканирования – 160 мм), что привело к снижению лучевой нагрузки на пациента. Время сканирования составило 1,3 с, объем вводимого контрастного препарата 50–65 мл. При оценке результатов стентирования учитывалась проходимость просвета стентов, а также



контрастирование просвета сосуда на границе стентов, проксимальнее и дистальнее их. Стентирование левой передней нисходящей артерии тремя и более стентами было выполнено 4 пациентам, правой коронарной артерии – 6, левой передней нисходящей и огибающей артерий – 3 пациентам, левой передней нисходящей и правой коронарных артерий – 5, всех трех магистральных артерий – 4 пациентам. Отчетливая визуализация просвета стентов диаметром 3 мм и более (17 случаев) была достигнута независимо от типа стента. Визуализация просвета 2 мм стента (4 случая) оценивалась по косвенным признакам, с учетом дистального кровотока, зависела от типа стента. Так, наиболее выраженные артефакты наблюдались от стентов Cypher и Optima, менее выраженные артефакты от стентов Liberte и Presillion Plus. В 19 случаях нарушения проходимости стентов не было выявлено, в 2 случаях выявлена окклюзия коронарных стентов в виде протяженного дефекта наполнения. Лучевая нагрузка на пациента в режиме объемного сканирования составляла 2–5 мЗв. Таким образом, объемная МСКТ-коронарография обладает высокой информативностью в оценке состояния коронарных стентов. Объемное сканирование с проспективной ЭКГ-синхронизацией приводит к значительному снижению дозовой нагрузки на пациента.

* * *

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Васильев А. Ю.¹, Блинов Н. Н. (мл.)¹, Егорова Е. А.¹,
Макарова Д. В.^{1*}, Горлычева Е. Г.², Дутова М. О.¹

*¹Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова»
Минздрава России, кафедра лучевой диагностики*

²Россия, г. Москва, ЗАО «АМИКО»

*E-mail: mdvmail@mail.ru; тел.: +8 (916) 860-90-92

Целью исследования был анализ возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в диагностике патологии дистальных отделов конечностей. КЛКТ выполнена на аппарате NewTom 5G (QRS.r.l., Италия). Обследовано 96 пациентов в возрасте от 24 до 65 лет с посттравматическими изменениями дистальных отделов конечностей: кистей (n = 40; 41,6%), стоп (n = 8; 8,3%), лучезапястных (n = 44; 45,8%) и голеностопных (n = 6; 4,2%) суставов. Для оценки диагностической эффективности КЛКТ, ее результаты сопоставлялись с данными мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ), выполненной по поводу аналогичной патологии. При КЛКТ получено детальное отображение



костной структуры, сопоставимое по своему качеству с МСКТ, с четкой дифференцировкой костных балок, выявлены мелкие костные отломки (размерами менее 3 мм). При проведении постпроцессорной обработки полученных КЛ-томограмм удалось достоверно определить направление костных балок, толщину кортикальных и замыкательных пластинок, проследить ход и протяженность линии перелома. По сравнению с МСКТ при КЛКТ отсутствовали значимые артефакты от металлоконструкций и инородных тел металлической плотности, получали четкое отображение связки и сухожилия, дозовая нагрузка снижалась в 6–8 раз.

Принимая во внимание сравнительно низкую дозовую нагрузку, возможность оценки мелких костных структур и связочного аппарата, минимальное количество артефактов от металлоконструкций, КЛКТ может использоваться как приоритетная методика на первичном этапе обследования пациентов с повреждениями дистальных отделов конечностей, а также при динамическом контроле результатов лечения, постепенно заменяя стандартную рентгенографию.

* * *

ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАЗА

Васильева М. А.

*Россия, г. Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»
Минздрава России*

E-mail: vasilek.87@mail.ru; тел.: +8 (921) 577-31-40

Целью исследования была компьютерно-томографическая (КТ) оценка экстрапульмональных проявлений диффузной формы лимфангиолейомиоматоза (ЛАМ) и выявление зависимости между типом легочного поражения при ЛАМ и характером внелегочных изменений. Обследовано 28 пациенток с гистологически и иммуногистохимически верифицированным ЛАМ. Всем пациенткам выполнена КТ, высокоразрешающая (ВРКТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) и КТ живота. У всех больных при проведении ВРКТ выявлялись воздухосодержащие тонкостенные кисты в легких. По характеру их расположения, размерам и количеству, все пациентки были разделены на 3 группы. I группа – с единичными мелкими (до 5 мм) кистами – 10 человек; II – с немногочисленными крупными (более 10 мм) – 7 пациенток; III – с множественными мелкими кистами – 14 больных. Предполагался разный характер функциональных изменений, течения и осложнений у этих больных. Выявлены следующие экстрапульмональные изменения: пневмоторакс (у 8 больных – 28,5%), хилоторакс (у 6 пациенток – 21,4%), хилезный перикардит и асцит (у 1 больной – 3,6%), забрюшинные внеорганные



лейомиомы (в 4 случаях – 14,3%), лейомиомы печени и почек (у 2 пациенток – 7,1%), в том числе осложненные кровотечениями (у 2 пациенток – 7,1%). Оценивая внелегочные изменения у разных групп, были определены следующие особенности: у пациенток 1-й группы отмечены пневмоторакс (у 4 пациенток – 40%), хилоторакс (у 2 пациенток – 20%), лейомиомы печени и почек (у 1 пациентки – 10%), внеорганные лейомиомы (у 1 больной – 10%); у пациенток 2-й группы выявлены пневмоторакс (у 3 пациенток – 42,9%), хилоторакс (у 1 больной – 14,3%); у пациенток 3-й группы определялся рецидивирующий хилоторакс (у 3 больных – 21,4%), пневмоторакс (у 1 пациентки – 7,1%), лейомиомы почек (у 1 пациентки – 7,1%), внеорганные лейомиомы (у 3 больных – 21,4%). Таким образом, плевральные осложнения наиболее часто (определялись у пациенток 1-й группы), лейомиомы других локализаций (в том числе их осложненные формы – присоединение кровотечения, рост со сдавлением других органов) определялись одинаково часто во 2-й и 3-й группах. Знание особенностей течения ЛАМ, важно для построения алгоритма лучевого обследования и лечебной тактики.

* * *

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ: ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Васильева М. А., Байгильдина Д. Ф.*

*Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России, кафедра лучевой диагностики*

*E-mail: tridin@yandex.ru; тел.: +8 (926) 522-16-19

Целью исследования была оценка клинической эффективности хирургического лечения острого панкреатогенного перитонита путем выполнения малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Проанализированы данные 115 пациентов (в возрасте от 39 до 62 лет) с перитонитом, явившимся осложнением острого панкреатита. У 51,4% больных диагностирован отграниченный перитонит, у 48,6% – распространенный. Под контролем УЗИ 37 (32,2%) пациентам были выполнены различные малоинвазивные операции, направленные на устранение источника перитонита, санацию и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде по показаниям производили плановые релапароскопии и санации брюшной полости. Лапаротомия, направленная на устранение источника перитонита, санацию и дренирование различных отделов брюшной полости, с последующим ушиванием раны брюшной стенки выполнена 67 (58,3%) боль-