

Протягом 10 років за матеріалами НДР викона-
но КТ- та МРТ-обстеження 1342 хворих.

**2010—2012 рр. Розробити критерії діагно-
стики, стадіювання та ефективності променевої
терапії раку гортані з урахуванням даних мультимедетекторної спіральної комп'ютерної томографії.**

Досвід роботи відділу викладений у 11 моно-
графіях [2,3,7,10—14,17—19].

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабкина Т.М., Пионтковская М.Б., Рогожин В.А., Колотилов Н.Н., Волосевич Л.И. Микоз клиновидной пазухи, иммитирующий опухоль // *Вісник морської медицини*. — 2002. — № 3. — С. 12—15.
2. Березовский В.А., Колотилов Н.Н. Биофизические характеристики тканей человека: Справочник. — К.: Наук.думка, 1990.
3. Возианов А.Ф., Розенфельд Л.Г., Колотилов Н.Н., Возианов С.А. Компьютерная термодиагностика. — К., 1993.
4. Заболотный Д.И., Рогожин В.А., Батюк Д.Ф., Божко Г.Т., Рыльская О.Г., Клочков Е.И., Колотилов Н.Н., Терницкая Ю.П. Сочетание хондросаркомы околоносовых пазух и болезни Виллебранда // *Журнал ушных, носовых і горлових хвороб*. — 2002. — № 2. — С. 64—67.
5. Заболотный Д.И., Розенфельд Л.Г., Колотилов Н.Н., Венгер Е.Ф., Коллюх А.Г., Заболотная Д.Д., Дунаевский В.И. Новые возможности дистанционной инфракрасной термографии в оториноларингологии // *Журнал ушных, носовых і горлових хвороб*. — 2006. — № 5. — С. 2—5.
6. Кениг П.П. Материалы по рентгендиагностике отосклероза: Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 1967. — 20 с.
7. Клиническая термодиагностика (А.Ф. Возианов, Л.Г. Розенфельд, А.М. Сердюк и др.). — К.: Здоров'я, 1991.
8. Колотилов М.М., Розенфельд Л.Г., Бухтіарова Т.А. Застосування нового вітчизняного неопіоїдного йодовмісного анальгетика амізону при променевої терапії хворих на рак гортані // *Укр. радіол. журнал*. — 1998. — № 6. — С. 316—317.
9. Колотилов М.М., Розенфельд Л.Г., Заболотный Д.И. Застосування нового вітчизняного імуномодулятора бластену при променевої терапії хворих на рак гортані // *Укр. радіол. журнал*. — 1998. — № 6. — С. 314-315.
10. Митин Ю.В., Розенфельд Л.Г., Подворный В.Н. Неионизирующие методы лучевой диагностики заболеваний околоносовых пазух. — К., 1994.
11. Основы клинической дистанционной термодиагностики / Под ред. Л.Г.Розенфельда. — К.: Здоров'я, 1988.

12. Пилипенко М.І., Рогожин В.О., Розенфельд Л.Г. Магнітне резонанснє зображення: фізичні принципи, поняття, термінологія. — Харків: АМНУ, ХДМУ, ІМР, 2003.

13. Протоколи променевої терапії: Протираківий дослідницький центр Британської Колумбії, Канада (переклад з англ.). / За ред. М.Л. Пилипенка, Л.Г.Розенфельда. — Харків: ІМР, 2000.

14. Радіологічна термінологія: українська, російська, англійська. Довідник. — Пилипенко М.І., Розенфельд Л.Г. — Харків, ХНДІМР, 1999. — 436 с.

15. Розенфельд Л.Г., Венгер Е.Ф., Лобода Т.В., Самохін А.В., Колотилов М.М., Коллюх О.Г., Дунаєвський В.І., Кравченко В.О. Дистанційний інфрачервоний термограф з матричним фотоприймачем та досвід його використання у клінічній лікарні // *Укр. радіол. журнал*. — 2006. — № 4. — С. 450—456.

16. Справочник по онкологии / Шалимов С.А., Гриневич Ю.А. и др. — 2-е изд. — К.: Здоров'я, 2008. — 576 с.

17. Терновой К.С., Розенфельд Л.Г., Терновой Н.К., Колотилов Н.Н. Принципы поиска решений медицинских проблем. — К.: Наук. думка, 1990.

18. Шидловська Т.В., Розенфельд Л.Г., Перебатова М.О. Олексій Сидорович Коломійченко. — К.: Наук.думка, 1990.

19. Цыганов А.И., Мартынюк Л.А., Колотилов Н.Н. Справочник по физиотерапии болезней уха, горла и носа. — К.: Здоров'я, 1981.

20. Rozenfeld L., Kolotyłow M. Zastosowanie termografii w radioterapii raka krtani // *Polski Przegląd Radiologii*. — 2001. — № 2. — S. 69—70.

РЕЗЮМЕ. Изложен опыт работы отдела рентгенрадиологии ГУ "Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины" в лучевой диагностике и терапии заболеваний глотки, уха, носа, околоносовых пазух. Описаны результаты 6 научно-исследовательских работ. В течение последних десяти лет выполнены 4 совместных исследований с ГУ "Научно-практический центр лучевой диагностики НАМН Украины": выполнено на основе КТ/МРТ обследования 1342 больных.

SUMMARY. The experience of the Department of roentgenology and radiology of SI "A.I.Kolomyichenko Institute of otolaryngology NAMS of Ukraine" in radiodiagnosics and radiotherapy of pharynx, ear, nose, paranasal sinuses is stated. The results of 6 research works are described. During last 10 years 4 studies in cooperation with SI "Scientific-practical center of radiology NAMS of Ukraine" were accomplished: 1342 patients were investigated.

Патент РФ на изобретение

№ 2359616/ Воронина Н. В., Грибовская Н.В., Воронин И.К.

Способ дифференциальной диагностики оксалатно-кальциевой кристаллурии, включающий проведение ультразвукового исследования мочевого пузыря, отличающийся тем, что больному до утреннего мочеиспускания натошак проводят ультразвуковое исследование мочевого пузыря, и при выявлении эховзвеси после опорожнения мочевого пузыря пациент принимает внутрь однократно 0,5 г магния оксида, запивая двумя стаканами воды; через 2—3 ч повторно проводят ультразвуковое исследование мочевого пузыря, и если эховзвесь исчезает, ставят диагноз оксалатно-кальциевая кристаллурия.

6. Пустовойт М.І., Шібель І.В., Виборний В.Ф. Лікування білята внутрішньосуглобових переломів ліктьового суглоба // Ортопедія, травматологія і протезування. — 1995. — № 1. — С. 63—64.
7. Kuntz D., Baratz M. Fractures of the elbow // Orthop. Clin. North. Am. — 1999. — Vol.30, N1. — P.37—61.

РЕЗЮМЕ. Целью работы было усовершенствование рентгенологического исследования верхней конечности при травматических повреждениях локтевого сустава и их последствиях с помощью цифровых технологий. Для этого проведен анализ конвенционных и цифровых рентгенограмм у 138 пациентов (из них — 90 мужчин и 48 женщин) с застарелыми повреждениями локтевого сустава. Цифровое рентгенологическое исследование верхней конечности проводили по предложенной нами методике (патент № 28367 от 2007 р., № 30414 от 2008 р.). Полученное изображение дает четкое представление о состоянии локтевого сустава и всей верхней конечности в прямой проекции, позволяет определить укорочения и угловые де-

формации костей, структурное состояние костей, что имеет важное значение для выбора и планирования оперативных реабилитационных вмешательств.

SUMMARY. The aim of the work was to improve roentgenologic investigation of the upper extremity in traumatic damages of the elbow joint and their consequences by means of digital technologies. Analysis of conventional and digital roentgenograms in 138 patients (of them 90 males and 48 females) with inveterate damages of the elbow joints was carried out. Digital roentgenologic investigation of the upper extremity was performed by procedure proposed by the author (patent №28367 from the year 2007, №30414 from the year 2008) Obtained image gives a precise nation about condition of the elbow joint and whole upper extremity in the direct projection, allows to define shortenings and angle deformations of the bones? structural state of the bones; this has an important significance for the choice and planning of surgical rehabilitative interventions.

Патент РФ на изобретение

№ 2356589/Сидоренко Ю.С., Геворкян Ю. А., Джабаров Ф.Р., Солдаткина Н. В., Дашков А.В.

Способ лечения рака пищевода, включающий химиотерапию и лучевое лечение, отличающийся тем, что у больных перед началом курса лучевой терапии производят забор 400 мл аутокрови, методом центрифугирования из крови выделяют плазму, в первый флакон помещают 40 мл аутоплазмы и 5-фторурацил 500 мг, во второй и третий флаконы — по 40 мл аутоплазмы, в четвертый — оставшиеся форменные элементы крови и метотрексат 20 мг; второй и третий флаконы замораживают, а первый и четвертый флаконы отдельно инкубируют 40 мин при 37°C, затем аутокровь с метотрексатом из четвертого флакона реинфузируют внутривенно-капельно, аутоплазму с 5-фторурацилом из первого флакона вводят через назозофагеальный зонд в пищевод и проводят первый сеанс лучевого лечения; внутривенную химиотерапию на аутоплазме повторяют через день после разморозки флакона с аутоплазмой, добавления 500 мг 5-фторурацила и инкубации в термостате перед 3 и 5 сеансом лучевой терапии, цикл лечения повторяют на последующих неделях лучевого лечения, облучение проводят до СОД 40—60 Гр с разовой дозой 2 Гр, 5 сеансов в неделю.

Патент РФ на изобретение

№ 2352264/Сидоренко Ю.С., Орловская Л.А., Солдаткина Н.В., Емельянова Л.Э., Донцов В.А., Джабаров Ф.Р.

Способ лечения рака прямой кишки, включающий хирургическое лечение в объеме двухствольной сигмостомии, химиотерапию, лучевую терапию, отличающийся тем, что в послеоперационном периоде перед началом лучевой терапии производят забор 200 мл аутокрови, методом центрифугирования из крови выделяют аутолейкомассу, в первый флакон помещают 20 мл аутолейкомассы и 5-фторурацил 1000 мг, во второй флакон — оставшиеся форменные элементы крови и плазму, флаконы с содержимым инкубируют отдельно в течение 40 минут при 37°C; затем аутолейкомассу с 5-фторурацилом из первого флакона вводят внутрикисечно в нефункционирующую кишку двухствольной колостомы, аутокровь из второго флакона реинфузируют внутривенно капельно, затем проводят сеансы лучевого лечения, облучение проводят в режиме классического фракционирования с разовой дозой 2 Гр 5 сеансов в неделю на первичную опухоль до СОД 40—70 Гр, внутрикисечную химиотерапию на аутолейкомассе с внутривенной аутогемотерапией повторяют раз в неделю на протяжении курса лучевого лечения.

дральные изменения определялись лучше на T1-взвешенных, чем на T2-взвешенных изображениях.

В динамике на фоне консервативного лечения у 108 больных получены хорошие и удовлетворительные результаты, у 18 — неудовлетворительные с предложением этим больным оперативного лечения. При этом стабильность рентгенологической картины свидетельствовала о положительных результатах лечения, в то время как прогрессирование процесса сопровождалось уменьшением в объеме и деформацией головки бедренной кости, разрушением суставного хряща, увеличением количества и размеров остеофитов.

Выводы

Лучевое исследование при коксартрозе должно включать рентгенографию в прямой и косых проекциях, по возможности — МРТ. С помощью МРТ лучше выявляются субхондральные нарушения, изменения губчатой костной ткани эпифиза бедренной кости, околоуставные краевые дефекты костной ткани, не визуализируемые на рентгенограммах. Таким образом, часто встречающееся несоответствие клинической и рентгенологической картины при I стадии коксартроза может быть в значительной степени компенсировано за счет использования МРТ, что особенно важно при проведении ме-дико-социальной экспертизы и оценке результатов медицинской реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорогань С.Д., Бойко І.В., Макаров В.Б. Місце фізіотерапевтичних методів при проведенні медичної реабілітації хворих на коксартроз // Матеріали науково-практичної конференції "Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань". — Дніпропетровськ, 2002. — С. 345—349.
2. Коваленко В.Н., Борткевич О.Н. Остеоартроз. Практическое руководство. — К.: Морион, 2003. — 448 с.
3. Кулікова Ф.І., Бойко І.В., Мирончук Л.В., Новічкін О.В., Харківська С.В. Особливості променевої діагностики коксартрозу при проведенні медичної реабілітації // Променева діагностика, променева терапія: Збірка наукових робіт Асоціації радіологів України. — К., 2005. — С. 105—107.
4. Поп В.Ю. МРТ кульшового суглоба при асептичному некрозі голівки стегнової кістки, множинній епіфізарній та спонділоепіфізарній дисплазіях // Український радіологічний журнал. — 2000. — Т.8, № 2. — С. 118—121.
5. Смирнов А.В. Рентгенологическая диагностика первичного идиопатического остеоартроза // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т.9, № 7—8. — С. 294—207.

РЕЗЮМЕ. На матеріалі 126 пацієнтів з коксартрозом надана оцінка діагностичних можливостей багатопроєкційної рентгенографії та магнітно-резонансної томографії.

SUMMARY. Data on 126 patients with osteoarthritis of the hip used to examine the diagnostic potentialities of X-ray studies and MRI.

Патент РФ на изобретение

№ 2351374/ Юркова И.Е., Шутко А.Н., Червяков А.М.

Способ лечения распространенного рака яичников, включающий хирургическое вмешательство в достаточном объеме, лучевую терапию в виде субтотального облучения тела больной в низкодозном или высокодозном режиме в суммарной дозе 1 или 9 Гр в зависимости от процентного содержания субпопуляции лимфоцитов в общей фракции моноклеаров периферической крови с последующей химиотерапией по общепринятой схеме, отличающийся тем, что оценивают содержание субпопуляции лимфоцитов $CD2^{+}35^{+}$ и при их содержании 10% и более субтотальное облучение выполняют в дозе 0,1 Гр до суммарной дозы 1 Гр, при содержании их менее 10% — в дозе 3 Гр до суммарной дозы 9 Гр, причем субтотальное облучение осуществляют ежедневно на линейном ускорителе электронов путем последовательного ротационного и статического облучения передне-задними полями, при этом ротационное облучение выполняют путем размещения больной непосредственно под изоцентром облучателя с начальным углом ротации α , определяемым по формуле $\alpha = \text{arccctg}(2L/A)$, где A — рост больной; L — расстояние от изоцентра до середины переднезаднего размера больной, и конечным углом ротации γ , определяемым по формуле $\gamma = \text{arccctg}[2L/(2L-2B)]$, где B — расстояние от верхней точки головы до купола диафрагмы, статическое облучение осуществляют с использованием клиновидного фильтра, направляя основание его к середине тела больной, при этом угол наклона консоли β со стороны нижних конечностей облучаемой больной определяют по формуле $\beta = \text{arccctg}(A/4L)$, а химиотерапию выполняют препаратами группы таксанов в комбинации с препаратами платины.

фіксація РФП в цих зонах досягала 60%, що можна було трактувати як участки хронічної ішемії (гіберніруючий міокард), а не постінфарктних рубцових змін. Тільки у 2 пацієнтів (14,3%) сцинтиграфічна картина до і після лікування була аналогічною.

Висновки. МСГ — високоінформативна методика оцінки наявності участків ішемії, рубцових змін і кількості життєспособного міокарда ЛЖ серця у хворих з ІБС. Як неінвазивна методика МСГ повинна застосовуватися на ранніх етапах ведення хворих з ІБС поряд з традиційними методами функціональної діагностики і УЗД. МСГ повинна застосовуватися у пацієнтів в процесі медикаментозного і хірургічного лікування для оцінки їх ефективності.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кардиология: Национальное руководство / Под ред. Ю.Н.Беленкова, Р.Г.Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1232 с.
2. Беленков Ю.Н., Саитова М.А. Оценка жизнеспособности миокарда: клинические аспекты, методы исследования // Кардиология. — 1999. — № 1. — С.6—13.
3. Шумаков В.И., Казаков Э.Н., Хубутя А.Ш. и др. Ишемическая кардиомиопатия: значение оценки жизнеспособности миокарда для определения показаний к АКШ или трансплантации сердца / Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1999. — №6. — С.11—15.
4. Bateman T.M., Berman D.S., Heller G.V. et al. American Society of Nuclear Cardiology position statement on electrocardiographic gating of myocardial perfusion SPECT scintigrams // J. Nucl. Cardiol. — 1999. — Vol.6. — P.470—471.
5. Fricke H., Fricke E., Weise R. et al. A method to remove artifacts in attenuation-corrected myocardial perfusion SPECT introduced by misalignment between emission scan and CT-derived attenuation maps // J. Nucl. Med. — 2004. — Vol.45. — 1619—1625.
6. Hansen C. Digital image processing for clinicians, part III: SPECT reconstruction // J. Nucl. Cardiol. — 2002. — Vol.9. — P. 542—549.
7. Hendel R.C., Wackers F.J.T., Berman D.S. et al. Reporting of Radionuclide Myocardial Perfusion Imaging Studies // J. Nucl. Cardiol. — 2003. — N10. — P.705—708.

8. International Commission on Radiological Protection. Radiation dose to patients from radiopharmaceuticals // ICRP Publication 80. Ann ICRP 2000. — Vol.28. — P.113.

9. Nichols K.J., Galt J.R. Quality control for SPECT imaging // In: DePuey E.G., Berman D.S., Garcia E.V., editors. Cardiac SPECT imaging. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. — P.17—40.

10. Port S.C. Imaging guidelines for nuclear cardiology procedures // J. Nucl. Cardiol. — 1999. — №3. — P.47—84.

11. Smith W.H., Watson D.D. Technical aspects of myocardial planar imaging with technetium-99m sestamibi // Am. J. Cardiol. — 1990. — Vol.66. — P.16—22.

12. Updated imaging guidelines for nuclear cardiology procedures, Part 1. // J. Nucl. Cardiol. — 2001. — №1. — P.5—58.

РЕЗЮМЕ. Представлені можливості радіонуклідної оцінки перфузії і функції міокарда лівого шлуночка серця за допомогою ОФЕКТ/КТ з ЕКГ-синхронізацією у хворих з ішемічною хворобою серця. Радіонуклідне дослідження проведено 163 пацієнтам: з них із стенокардією напруги I—IV функціональних класів — 68 хворих; гострим інфарктом міокарда — 3; постінфарктним кардіосклерозом — 62; ішемічною (17 хворих) та дилатативною (13 хворих) кардіоміопатіями. Проаналізовані особливості діагностики наявності ділянок ішемії міокарда і постінфарктних змін, оцінки життєздатності та ефективності ревааскуляризації міокарда. Представлені основні протоколи міокардіосцинтиграфії та особливості їх застосування. Міокардіосцинтиграфію необхідно рекомендувати всім хворим кардіологічного і кардіохірургічного профілів на всіх етапах їх ведення.

SUMMARY. The possibilities of the nuclear perfusion and function estimation of left ventricle myocardium under gated SPECT/CT in patients with coronary artery disease were introduced. The nuclear scans were performed on 163 consecutive patients: among them 68 had I-IV functional class of angina pectoris, 3 — acute myocardial infarction, 62 — cardiac sclerosis, 17 — ischemic cardiomyopathy and 13 — dilatative cardiomyopathy. We analyzed the speciality of detecting of ischemic regions and postinfarct scars, myocardial viability estimation and efficiency of myocardial revascularization. There were introduced the main protocols of myocardial perfusion scintigraphy and its implementation peculiarities. Myocardial perfusion scintigraphy should be recommended to all patients with coronary artery disease of therapeutic and surgical profile during all stages of follow up.

Патент РФ на изобретение

№ 2347591/ Сокуренько В.П., Корытова Л. И., Олтаржевская Н. Д., Коровина М.А.

Способ лечения местно-распространенного орофарингеального рака, включающий индукционную химиотерапию посредством цисплатины и 5-фторурацила и последующую химиолучевую терапию с введением 1 раз в неделю карбоплатина, отличающийся тем, что за 30 — 40 мин до проведения лучевой терапии больному в полость рта вводят "Колетекс-гель-ДНК-Л", повторяя затем введения его каждые 3 — 4 ч во время и 2 — 3 раза в день в течение 1 месяца после окончания лучевой терапии, облучение больного осуществляют ежедневно до суммарной очаговой дозы 72 — 74 Гр с использованием конформной лучевой терапии на основе объемного трехмерного планирования.

кардіологів, ревматологів, терапевтів загальної практики / За ред. В. М. Коваленка. — К., 2004. — 124 с.

3. Коваленко В. М. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналітично-статистичний посібник для лікарів-кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів-інтернів і загальної практики / За ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. — К., 2008. — 111 с.

4. Коваленко В. Н. Руководство по кардиологии / Под ред. В. Н. Коваленко. — К.: Морион, 2008. — 1424 с.

5. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Аналітично-статистичний посібник практики / За ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. — К., 2009. — 146 с.

6. Мягков О. П. Магнітно-резонансна томографія в діагностиці легеневої гіпертензії: Дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 14.01.23 "Променева діагностика, променева терапія" / А. П. Мягков. — К., 2006. — 320 с.

7. Cheitlin M.D., Armstrong W.F., Aurigemma G.P. et al. ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of echocardiography: summary article — a report of the American College of Cardiology / American Heart Association task force on practice guidelines (ACC/AHA/ASE committee to update the 1997 guidelines for the clinical application of echocardiography) // J. Amer. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol. 42. — P. 954—970.

8. Juergens K. U., Grude M. Using ECG-gated multidetector CT to evaluate global left ventricular myocardial function in patients with coronary artery disease // Am. J. Roentgenol. — 2002. — Vol. 179. — P. 1545—1550.

9. Quantification of left ventricular function and mass in cardiac Dual-Source CT (DSCT) exams: comparison of manual and semi-automatic segmentation algorithms / Bastarrika G., Arraiza M., Pueyo J. C. // Eur. Radiol. — 2008. — Vol. 18. — P. 939—946.

10. Reference values for quantitative left ventricular and left atrial measurements in cardiac computed tomography / Stolzmann P., Scheffel H., Leschka S. Eur Radiol. — 2008. — Vol. 18. — P. 1625—1634.

11. Segar D. S., Brown S. C., Sawada S. C. et al. Dobutamine stress echocardiography: corellation with coconary lesion severity as determined by quantitative angiography. J. Am. Coll. Cardiol. — 1992. — Vol. 19. — P. 1197—1202.

12. Standardized Myocardial Segmentation and Nomenclature for Tomographic Imaging of the Heart. A Statement for Healthcare Professionals From the Cardiac Imaging Committee of the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association. American Heart Association Writing Group on Myocardial Segmentation and Registration for Cardiac Imaging / Cerqueira M. D., Weissman N. J., Dilsizian V. et al.). — Circulation. — 2002. — Vol. 29. — P. 539—542.

РЕЗЮМЕ. Цель работы — изучить анатомические и морфометрические характеристики структур сердца с помощью метода МСКТ-вентрикулографии у пациентов, не имеющих признаков ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы. В исследование были включены 109 пациентов в возрасте 18—62 лет. Изучены результаты проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) полостей сердца методом МСКТ-вентрикулографии у пациентов без признаков ИБС.

Результаты. По данным исследования, из 109 обследованных лиц, не имевших признаков ИБС, структурные и функциональные параметры сердца были в норме у 75 пациентов (69%). У 34 пациентов (31%) выявлены изменения структурно-функциональных показателей ЛЖ от нормы.

В статье описана МСКТ-анатомия сердца в норме и предложены критерии количественного анализа МСКТ-вентрикулографий. Показаны диагностические возможности неинвазивной МСКТ-вентрикулографии.

Выводы. Метод МСКТ-вентрикулографии позволяет проводить анализ структурно-функциональных показателей ЛЖ и изучать состояние внутрисердечной гемодинамики, что позволяет своевременно выявлять у пациентов при МСКТ-обследованиях сердечно-сосудистые изменения различного генеза.

SUMMARY. To examine the anatomical and morphological and metric characteristics of the structures of the heart using the method of MSCT-ventriculography in patients with no signs of coronary heart disease (CHD).

Methods. The study included 109 patients, aged 18—62 years. Studied the results of multislice computed tomography (MSCT) cardiac cavities by MSCT-ventriculography in patients without signs of CHD.

Results. According to a study of 109 persons surveyed who had no signs of coronary heart disease, structural and functional cardiac parameters were normal in 75 patients (69%). At 34 patients (31%) identified changes in structural and functional parameters of left ventricle (LV) from the norm.

The paper describes the MSCT-anatomy of the heart in normal and proposed criteria for quantitative analysis of MSCT-ventriculography. Demonstrate the diagnostic capabilities of noninvasive MSCT-ventriculography.

Conclusions. The method of MSCT-ventriculography allows the analysis of structural-functional parameters in LV and study the state of intracardiac hemodynamics, which allows timely identification of patients with MSCT-examinations of cardio-vascular changes of various origins.

Патент РФ на изобретение

№ 2347592/ Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А.

Способ прогнозирования эффективности лучевой терапии по схеме расщепленного курса злокачественных новообразований орофарингеальной зоны, включающий диагностическое воздействие низкоинтенсивным источником излучения в интактной области и в клетках опухоли до и в процессе лечения с регистрацией параметров фракции роста, анализ изменений, отличающийся тем, что дополнительно регистрируют значения индекса микроциркуляции крови и среднюю степень оксигенации смешанной крови микроциркуляторного русла в опухоли, по которым определяют перфузионную сатурацию кислорода, причем измерения в процессе лечения осуществляют через 10—14 дней после подведения очаговой дозы 30—46 Гр, и, если перфузионная сатурация кислорода в опухоли уменьшается или остается неизменной при одновременном уменьшении параметров относительной величины фракции роста на 25—70%, прогнозируют эффективность полного курса проводимой лучевой терапии.