

Магнитно-резонансная томография проведена 3 пациентам как дополнительный метод обследования, отмечалась более четкая ее дифференциация от окружающей жировой клетчатки, что позволило уточнить ее размеры.

Все пациенты были разделены на три основные группы, учитывая методику лечения: 1) 59,5% пациентов, вилочковая железа не отмечалась и жировая клетчатка в передневерхнем средостении была изменена; 2) у 4 пациентов отмечена тимомегалия, еще у 3 пациентов наличие образований — рекомендация к проведению оперативного лечения; 3) остальные пациенты имели вилочковую железу различных размеров, как правило, в пределах возрастной нормы и степеней жировой дегенерации.

При более тщательном анализе пациентов 3-й группы установлено, что их средний возраст составлял 30 лет. У 62,5% пациентов 3-й группы прослеживалась вилочковая железа, у 37,5% — не прослеживалась, но жировая клетчатка была тяжелой.

Изменения жировой клетчатки у пациентов 1 и 2-й групп, в том числе при отсутствии визуализации самой вилочковой железы, достоверно ($p < 0,001$) отличались от 3-й группы, также наблюдалось достоверное ($p < 0,01$) отличие между пациентами 2 и 3-й групп между собой, корреляционная связь между изменениями клетчатки и соотношением к группе лечения сильно выражена (0,73).

Выводы. На основе полученных данных подтверждено, что увеличение вилочковой железы является не единственной причиной миастении. Тимомы и образования вилочковой железы являются показаниями к проведению оперативного вмешательства. Структура вилочковой железы может быть разной: от мягкотканной до практически полностью жировой. Наличие изменений жировой клетчатки в типичном месте можно использовать для выбора метода лечения.

КТ-ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград (Димитров), Украина

Основными методами лучевой диагностики опухолей, располагающихся в области височной кости, являются компьютерная томография (КТ) и МРТ, информативность которых составляет 80–90%.

Цель исследования. Изучение КТ-картины опухолей с экспансивным, литическим, деструктивным и склеротическим типом поражения, различными векторами роста новообразований; возможностей диагностики степени распространения опухоли на соседние структуры черепа.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности компьютерной томографии в диагностике опухолей среднего и внутреннего уха.

Результаты. КТ позволяет выявить костную деструкцию, распространение, а также варианты развития среднего и внутреннего уха, которые

могут иметь важное значение при выполнении операций. В области пирамиды височной кости чаще всего встречаются доброкачественные опухоли: невриномы, фибромы, гемангиомы, гломусные опухоли, менингиомы, остеомы. Из злокачественных опухолей чаще выявляются рак, саркома, рабдомиосаркома, кроме того, возможны вторичные изменения структур среднего, внутреннего уха и поражение височной кости при прорастании злокачественных новообразований из носоглотки. Знание особенностей строения височной кости, основных анатомических ориентиров и векторов роста новообразований позволяет выявить признаки опухолей различной локализации и характера.

В лекции рассматриваются вопросы вовлечения лабиринтных структур, а также обсуждение вопросов дифференциальной диагностики основных видов опухолей (менингиомы, шванномы, параганглиомы, рабдомиосаркомы, гистиоцитоза, гигантоклеточных опухолей, опухоли эндолимфатического мешка, хондросаркомы и других) с воспалительными изменениями, проявлениями системных заболеваний, сосудистыми структурами, вариантами развития височной кости, изменениями неопухолевого характера. Определение тактики дальнейших методов диагностики (КТ с внутривенным усилением, МРТ).

Выводы. Знание особенностей КТ-картины новообразований височной кости позволяет в большинстве случаев установить правильный диагноз. КТ височной кости позволяет определить алгоритм дальнейшей тактики ведения пациента при новообразованиях среднего и внутреннего уха. Использование мультимодального подхода значительно облегчает задачу дифференциальной диагностики.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ

Кураева Л.Г.

«Медицинский центр “МДЦ”», г. Мирноград (Димитров), Украина

Плоскоклеточный рак является наиболее распространенной злокачественной опухолью гортани.

Цель исследования. Краткий обзор анатомических структур и шейных пространств. Изучение КТ- и МРТ-картины поражения отделов гортани в соответствии с критериями TNM-классификации, уточнение локализации (надскладочный, складочный, подскладочный отдел гортани; вовлечение гортаноглотки и глоточно-пищеводного перехода), определение размеров первичного образования (определяет объем и область облучения), степени распространения опухоли по пространствам шеи, выявление вторично пораженных лимфоузлов.

Материал и методы. Был проведен анализ современной научной литературы и собственных наблюдений относительно информативности методов лучевой диагностики при опухолях гортани.

Результаты. 80-95% больных раком гортани составляют мужчины в возрасте 40-65 лет. Подавляющее число больных раком гортани являются злостными курильщиками. Задача лучевой диагностики состоит в выявлении опухоли и стадировании процесса в соответствии с TNM-классифи-