

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели в исследование были включены пациенты с ишемическими изменениями по данным СМ-ЭКГ и выполненной КТ-ангиографией.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Абдоминальное ожирение не влияло на уровень кальциевого индекса, что подтверждает такое явление, как «парадокс ожирения». 2. Выявлены достоверные различия значений кальциевого индекса среди пациентов подгрупп наблюдения, в зависимости от наличия эпикардального ожирения (у пациентов без абдоминального ожирения и высокими показателями толщины ЭЖТ наблюдается повышение значений, что однозначно указывает на наличие атеросклеротического процесса и атеросклеротических бляшек). 3. Ишемия миокарда при наличии абдоминального ожирения проявилась большим показателем суммарной длительности ишемии за сутки. 4. У лиц с эпикардальным ожирением ишемия миокарда носит более выраженный характер (по данным СМ-ЭКГ достоверно больше суммарная длительность ишемии за сутки) и сопровождается значимыми нарушениями ритма (у 30,7 % — пароксизмы фибрилляции предсердий и 23,8 % — эпизоды наджелудочковой тахикардии). 5. Степень стеноза коронарных артерий у лиц с эпикардальным ожирением соответствовала CAD-RADS 2, что подтверждает у пациентов наличие необструктивного стеноза.

Выводы

Кальциноз коронарных артерий у лиц с эпикардальным ожирением выражен больше, чем у пациентов без эпикардального ожирения и сопряжен с высоким риском развития осложнений ИБС. С учетом полученных результатов эпикардальное ожирение может рассматриваться в качестве возможного критерия высокого кардиоваскулярного риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Веселовская, Н. Г.* Клиническое и прогностическое значение эпикардального ожирения у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.05 / Н. Г. Веселовская. — Барнаул, 2014. — 202 с.
2. *Iacobellis, G.* Epicardial adipose tissue: anatomic, biomolecular and clinical relationships with the heart / G. Iacobellis, D. Corradi, A. M. Sharma // *Nat Clin Pract Cardiovasc Med.* — 2005. — Vol. 2. — P. 536–543.
3. *Sharma, A. M.* Adipose tissue: a mediator of cardiovascular risk / A. M. Sharma // *International Journal of Obesity.* — 2002. — Vol. 26, Suppl. 4. — P. 5–7.

УДК 616-006.442-073.756.8

ЗНАЧЕНИЕ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Полторан А. А., Лещенок А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз, ЛХ) — это злокачественная опухоль, поражающая лимфоидную ткань, которую в настоящее время относят к группе В-клеточных опухолей. Основным диагностическим критерием диагноза ЛХ является обнаружение в опухолевом субстрате трансформированных лимфоцитов, представленных клетками Березовского — Штернберга — Рид (многоядерные, чаще — с двумя ядрами в виде «совиных глаз») и клетками Ходжкина (одноядерные с ярко окрашенным полиморфным ядрышком). Встречаемость ЛХ в Республике Беларусь составляет 2,5 случая на 100 тыс.

населения. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, однако существует 2 пика — 15–35 лет и старше 50 лет. В ранней форме заболевание встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, в поздних стадиях среди больных преобладают мужчины.

Отдельную роль в диагностике ЛХ отводят позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), которая является наиболее точным методом, позволяющим определить стадийность заболевания. Это исследование совмещает исследование структуры тканей (КТ) и их функции (ПЭТ). Функцию органов и тканей оценивают по их метаболизму. Универсальным субстратом для обмена веществ в клетках является глюкоза. При проведении ПЭТ пациенту в организм вводится небольшое количество глюкозы вместе с радиофармпрепаратом, содержащим радиоизотопы (например, фтор-18). Наибольшее накопление этой глюкозы происходит в тканях с максимальным уровнем метаболизма, который характерен для злокачественных новообразований. В ядре атома радиоактивного фтора происходит бета-распад, в результате которого образуется энергия, которая покидает ткань в виде гамма-лучей. Организм становится источником излучения, в то время как активнее всего излучают энергию опухоли, накопившие больше препарата. Их гамма-излучение регистрируется прибором. Однако все остальные ткани остаются практически не «подсвеченными», из-за чего возникают сложности с указанием точного расположения опухоли. Для этого одновременно с ПЭТ проводят КТ, которая визуализирует структуру тканей с миллиметровой точностью. После сканирования изображения ПЭТ и КТ накладывают друг на друга и получают объемное изображение, которое дает точную информацию о местонахождении опухолевых клеток [1]. Это позволяет более точно определить стадийность заболевания, от чего зависит эффективность дальнейшего лечения. В настоящее время ПЭТ/КТ обязательно используется при первичной диагностике ЛХ, а также после окончания программы полихимиотерапии для оценки полной ремиссии.

Цель

Определить значимость ПЭТ/КТ-исследования в установлении стадийности и уточнении диагноза ЛХ у детей.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе отделения детской гематологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Проведено физикальное обследование, а также изучение результатов лабораторных и инструментальных методов обследования 6 детей с диагнозом ЛХ, которым проводится лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». ПЭТ/КТ проводилась в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Среди исследуемых пациентов два мальчика (33,3 %) и четыре девочки (66,7 %), возраст пациентов от 14 до 17 лет. Стадия заболевания устанавливается в соответствии с классификацией по Анн-Арбор:

I стадия — опухоль находится в лимфатических узлах (ЛУ) одной области (I) или в одном экстралимфатическом органе или ткани (I E);

II стадия — поражение ЛУ в двух и более областях по одну сторону диафрагмы (*вверху, внизу*) (II) или экстралимфатического органа и его ЛУ с/без поражения других ЛУ по одну сторону диафрагмы (II E);

III стадия — поражение ЛУ по обе стороны диафрагмы (III), сопровождающееся или нет поражением экстралимфатического органа (III E), или поражение селезенки (III S), или все вместе (III E + S);

IV стадия — диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов: печень, почки, кишечник, костный мозг и др. с/без поражения лимфатических областей; или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных ЛУ.

Каждая стадия делится на подстадии А и В в зависимости от отсутствия (А) или наличия (В) общих симптомов интоксикации. [2]

Результаты исследования и их обсуждение

Верификация диагноза проводилась на основе клинической картины, общего анализа крови, биохимического анализа крови, патологогистологического исследования ЛУ с иммунофенотипированием, трепанобиопсии, УЗИ, КТ, МРТ (девочкам дополнительно проводилось МРТ органов малого таза).

У 2 (33,3 %) детей была установлена II В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, паратрахеальных ЛУ, ЛУ средостения.

У 3 (50 %) детей была установлена III В стадия с поражением шейных, над- и подключичных ЛУ, ЛУ средостения, паратрахеальных, парааортальных, забрюшинных ЛУ, с очаговым поражением селезенки.

У 1 (16,7 %) ребенка была установлена IV В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, ЛУ средостения, ЛУ корней легких, ЛУ брюшной полости, с множественным очаговым поражением легких, очаговым поражением селезенки.

После постановки диагноза все дети были направлены на ПЭТ/КТ с целью подтверждения стадии заболевания для назначения рациональной терапии.

У 3 (50 %) пациентов благодаря ПЭТ/КТ диагноз был подтвержден.

У 2 (33,3 %) пациентов на основании ПЭТ/КТ были обнаружены очаги метаболической активности в тех группах лимфоузлов, в которых патологический процесс не обнаруживался в результате других методов исследования, однако стадия заболевания осталась прежней.

У 1 (16,7 %) пациента в результате ПЭТ/КТ были выявлены очаги метаболической активности в обоих легких, не выявляемые прежде, что послужило причиной изменения стадии заболевания с III В на IV В.

Выводы

В ходе исследования было подтверждено, что ПЭТ/КТ является неотъемлемой составляющей в процессе диагностики лимфомы Ходжкина. Помимо подтверждения диагноза, который устанавливается в ходе других методов обследования, ПЭТ/КТ позволяет с большей точностью определить количество пораженных групп лимфоузлов и вовлечение в процесс экстралимфатических органов, что в ряде случаев влияет на стадию заболевания. Только после установления правильной стадии ЛХ возможно назначение эффективной и рациональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сантьяго, Д. Ф. И. Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) / Д. Ф. И. Сантьяго. — М.: Изд-во Панфилова, 2017. — 144 с.
2. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2013. — С. 368–380.

УДК 616.12-007.2-008.3-053.81-055.2

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Ранчинская В. В., Тульженкова А. М.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева,
старший преподаватель А. Н. Цырульникова**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы все большая роль отводится изучению малых аномалий развития сердца (МАРС), так как данные состояния являются предрасполагающими факторами