

КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ БРОНХОВ

В журнале *Radiographics* (2002. V. 22. P. 351–365) Mi-Young Jeung et al. описали рентгенологическую картину бронхиальных карциноидных опухолей. Они представляют собой нейроэндокринные новообразования с широким спектром клинических проявлений. Карциноиды, исходящие из центральных бронхов, могут развиваться интрабронхиально или образуют узел, расположенный в корне легкого или прикорневой зоне. Опухоль имеет округлую или овоидную форму и резко очерченные контуры, иногда волнистые. Может наблюдаться нарушение бронхиальной проходимости соответственно области ветвления пораженного бронха. Карциноиды, возникшие в периферическом бронхе, представляют собой одиночное образование, нередко с известковыми включениями. На Т2-взвешенных магнитно-резонансных томограммах карциноидные опухоли отличаются большой интенсивностью сигнала.

СИНДРОМ БАДДА–КИАРИ: УЗЕЛКОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕЧЕНИ

Y. Maetani et al. (*Amer. J. Roentgenol.* 2002. V. 178. P. 869–875) установили, что у больных с синдромом Бадда–Киари при КТ и МРТ обнаруживаются множественные узелковые образования в печени. У 4 пациентов они выявили в печени 59 таких узелков. 50 узелков были затем исследованы гистологически у 3 больных, которым произвели трансплантацию печени. Узелки в печени при этом синдроме имеют небольшие размеры (до 3 см в диаметре) и по гистологической картине сходны с очагами узловой гиперплазии печени. 42 из 59 узелков были гиперваскулярными. В 6 узелках с диаметром более 1 см имелся в центре рубец.

ОБЫЗВЕЩЕНИЯ В ЛИМФОМАХ
До начала лечебных мероприятий отложения известки в лимфомах наблюдаются редко. S. Apter et al. (*Amer. J. Roentgenol.* 2002. V. 178. P. 935–938) с помощью КТ обнаружили обызвествления у 7 пациентов из 704, страдающих неходжкинской лимфомой, и лишь у одного больного из 252 с лимфогранулематозом. У 5 пациентов участки обызвествления были выявлены в лимфатических узлах и в опухолевой массе в средостении, у двух – в забрюшинном пространстве и у одного больного – в области надпочечника. Авторы подчеркивают, что обызвествления в лимфоме определялись только у больных с агрессивной формой заболевания.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У АТЛЕТОВ

Безусловный интерес представляет небольшая статья С. J. Weaver et al., опубли-

кованная в *Amer. J. Roentgenol.* (2002. V. 178. P. 973–977). Авторы наблюдали локальный асептический некроз головки бедренной кости у 11 молодых легкоатлетов, предъявлявших жалобы на стойкие боли в тазобедренном суставе. Важно отметить, что при рентгенографии патологические изменения не определялись. Но при МРТ были выявлены участки асептического некроза в головке бедренной кости с высоким сигналом на Т2- и низкой интенсивностью сигнала на Т1-взвешенных изображениях. МРТ при таком синдроме у легкоатлетов играет большую роль, так как своевременно начатое лечение может предотвратить дальнейшее развитие дистрофических изменений в суставе.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОМАСТИИ

Гинекомастия – доброкачественное увеличение грудных желез у мужчин. Обстоятельное описание этого синдрома представлено в обзоре П. С. Ветшева с соавт. (*Хирургия.* 2002. № 2. С. 59–65). В соответствии с данными F.G. Frantz, J.D. Wilson, авторы обзора различают физиологическую гинекомастию (новорожденных, пубертатного периода, старческого возраста), патологическую гинекомастию, гинекомастию, связанную с приемом некоторых препаратов, и идиопатическую гинекомастию. В обзоре подробно рассмотрены патогенетические механизмы развития гинекомастии, ее клинические проявления и методы диагностики.

Ведущим инструментальным методом диагностики является ультразвуковое исследование. Достаточно специфическим методом авторы считают тонкоигольную аспирационную биопсию, особенно при дифференциальной диагностике злокачественных опухолей молочной железы, истинной и ложной гинекомастии. Маммографию следует производить только при подозрении на злокачественный процесс. Выбор метода лечения – медикаментозного или оперативного – зависит от причин, приведших к развитию гинекомастии.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ИЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ?

Лекция В. Мишина, опубликованная в журнале “Врач” (2002. № 3. С. 6–9), посвящена актуальному и важному вопросу дифференциальной диагностики туберкулезного поражения легких и внебольничной пневмонии. В лекции подробно охарактеризован последовательный диагностический процесс и освещены морфологические и рентгенологические проявления и картина различных клинических форм туберкулеза, требующих дифференциации с пневмонией. Статья

представляет безусловный интерес для широкого круга интернистов и рентгенологов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В журнале “Хирургия” (2002. № 2. С. 10–13) О. С. Шкроб с соавт. сообщили о применении чрескожной пункции и дренирования под контролем ультразвукового исследования для диагностики и лечения внеорганных ограниченных скоплений жидкости в брюшной полости. На основании 307 клинических наблюдений в статье описаны ультразвуковые признаки абсцессов, ограниченных скоплений неинфицированной жидкости, гематом со свернувшейся кровью. Ультразвуковое исследование и малоинвазивные хирургические вмешательства под его контролем позволяли наиболее точно установить характер скопления жидкости и провести своевременное лечение.

ЭФФЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

В журнале “Медицинская техника” (2002. № 2. С. 37–43) опубликован большой обзор Р. В. Ставицкого с соавт., посвященный анализу литературных данных об эффектах действия малых доз ионизирующих излучений. К настоящему времени накоплен значительный экспериментальный и клинический материал по данной проблеме. Список литературы в конце данного обзора содержит перечень 56 публикаций, многие из которых рассмотрены в обзоре. Ознакомление с данной статьей можно рекомендовать всем читателям, интересующимся данной проблемой.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ЛЕГГА–КАЛЬВЕ–ПЕРТЕСА

А. И. Крупаткин с соавт. в журнале “Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова” (2001. № 4. С. 51) осветили возможности ранней диагностики болезни Легга–Кальве–Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости) с помощью компьютерной инфракрасной термографии у 60 пациентов в возрасте от 3 до 10 лет. Авторы установили, что еще до появления рентгеновских признаков остеонекроза в зоне тазобедренного сустава регистрируется гипертермия, занимающая 1/4 и более диаметра передней проекции бедра с термоасимметрией более 0,3°C относительно той же зоны второй конечности. По данным авторов, чувствительность метода равна 75%, специфичность – 88,8%, диагностическая эффективность – 84,6%. Лишь в дальнейшем, по мере прогрессирования остеонекроза, гипертермия сменяется гипотермией.