

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ У ДЕТЕЙ

*И. БЕЦИШОР, В. КАТРИНИЧ,
О. ПРИВАЛОВА, С. ШАРАЕВА,
ПМСУ Институт Онкологии Молдовы*

Цель работы: представить клинико-рентгенологические признаки неходжкинские лимфом у детей.

Материалы и методы. Обследована группа детей с морфологически верифицированным диагнозом, находившихся на лечении в отделении детской гематологии ИОМ с 2009 по 2011 гг. – 115 человек.

Результаты. Увеличение шейных и надключичных лимфоузлов встречается у $\approx 50\%$ пациентов. Синдром верхней полой вены – 9%, геморрагический плеврит – 5%. Характерна высокая частота вовлечения в патологический процесс костного мозга ($\approx 60\%$) и оболочек головного мозга ($\approx 15\%$) у первичных больных.

Выводы. Приведенные клинико-рентгенологические симптомы неходжкинских лимфом могут служить руководством для установления правильного диагноза, определения степени распространённости процесса.

EVALUAREA DINAMICII PARAMETRILOR STĂRII FUNCȚIONALE A MIOCARDULUI VENTRICULULUI STÂNG LA PACIENȚII CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ LA EFORT FIZIC

*N. DUCA, R. ANESTIADI,
IMSP CRDM, Secția de ecocardiografie și studiul
vaselor magistrale*

Scopul studiului a fost evaluarea dinamicii parametrilor funcției sistolice segmentare și a funcției diastolice a miocardului VS la efort fizic la pacienții cu cardiopatie ischemică (CPI), cu ajutorul Doppler-ecocardiografiei tisulare.

Материалы и методы. Au fost investigați 67 de pacienți (bărbați cu vârsta de $54,7 \pm 0,7$ ani), dintre

care 40 cu diagnosticul de CPI verificat și 27 pacienți fără CPI. Pentru evaluarea funcției sistolice regionale și funcției diastolice a miocardului VS a fost aplicat regimul Doppler-tisular (DT) din proiecția apicală patru – camere în segmentele bazale ale miocardului VS (schema de divizare a miocardului VS în 16 segmente).

Au fost evaluați următorii parametri:

1 – în regimul DT pulsatil se apreciau vitezele mișcării longitudinale a miocardului în segmentele bazale ale VS: viteza maximă în sistolă (S_m , cm/s); viteza maximă în diastola timpurie (E_m , cm/s); viteza maximă în diastola tardivă (A_m , cm/s) și rația E_m/A_m ;

2 – în regimul DT color s-a apreciat deformația sistolică maximă (străin sistolic maximal, %).

Evaluarea parametrilor s-a efectuat în repaus și la efort fizic.

Rezultate. În lotul de pacienți fără CPI, la efort fizic a fost depistată creșterea vitezelor mișcării longitudinale a miocardului VS: S_m (cm/s) ($5,32 \pm 0,17$ și $5,6 \pm 0,17$ p < 0,001), E_m (cm/s) ($6,0 \pm 0,29$ și $6,11 \pm 0,28$, p < 0,001), A_m (cm/s) ($5,46 \pm 0,19$ și $6,54 \pm 0,25$, p < 0,001) și diminuarea rației E_m / A_m (cm/s) ($1,18 \pm 0,06$ și $1,02 \pm 0,05$). Deformația longitudinală (străin) (%), în comparație cu datele inițiale, practic nu s-a schimbat ($18,11 \pm 0,2$ și $17,25 \pm 0,74$, p = 0,54).

În lotul de pacienți cu CPI, la efort fizic s-a depistat scăderea vitezei mișcării longitudinale a miocardului în diastola timpurie E_m (cm/s) ($4,71 \pm 0,11$ și $4,19 \pm 0,12$, p < 0,001), creșterea vitezei mișcării longitudinale a miocardului în diastola tardivă A_m (cm/s) ($4,86 \pm 0,1$ și $5,73 \pm 0,15$, p < 0,001) și diminuarea rației E_m / A_m (cm/s) ($1,08 \pm 0,03$ și $0,84 \pm 0,03$, p < 0,001). Viteza sistolică maximă S_m (cm/s) ($4,21 \pm 0,12$ și $4,47 \pm 0,18$, p = 0,32) și deformația longitudinală (străin) (%) ($-12,85 \pm 0,33$ și $-12,47 \pm 0,41$, p = 0,22), în comparație cu rezultatele inițiale, practic nu s-au schimbat.

Concluzie. Așadar, la efort fizic reacția funcției sistolice a miocardului VS la pacienții cu CPI și fără CPI era diferită. În lotul pacienților cu CPI au fost depistate dereglări ale funcției diastolice segmentare fără tulburări ale funcției sistolice segmentare a miocardului VS. Proba cu efort fizic poate fi aplicată ca metodă suplimentară pentru depistarea timpurie a CPI latente în practica ecocardiografică.