

тест-фантом, позволяющий одновременно проверять пространственное разрешение, пороговый контраст, совпадение светового и радиационного полей, а также отсутствие артефактов на рабочем поле цифрового приёмника. Для определения лучевой нагрузки на пациента применяется клинический дозиметр, с помощью которого измеряется входная доза. Система контроля включает 3 основных процедуры: 1) определение опорного состояния системы «качество изображения – доза»; 2) текущий контроль стабильности опорного состояния; 3) периодический контроль состояния «качество изображения – доза» для базовых рентгенографических исследований: череп – лёгкие – брюшная полость – позвоночник. Данная система контроля предполагает наличие в рентген-кабинетах аттестованных тест-фантомов, а у поставщиков оборудования и контролирующих организаций – дополнительно проверяемого клинического дозиметра. Она минимизирует необходимое количество средств контроля и затраты на их метрологическое обеспечение.

Выводы. Предложенная система контроля цифровых рентгенографических систем по показателям качества наиболее приемлема в условиях дефицита финансовых ресурсов, поскольку минимизирует затраты на закупку и эксплуатацию средств контроля, не требует высокой квалификации персонала, а также сокращает время, затрачиваемое на проверку оборудования.
kyun05@mail.ru

HIPOPLAZIA PULMONARĂ CHISTICĂ

*Aliona TORNEA, Elena CEPOIDA,
USMF Nicolae Testemițanu*

Scop: evaluarea particularităților radiologice în corelare cu tipul hipoplaziei pulmonare chistice, determinând originea ei.

Materiale și metode. Pentru realizarea studiului au fost examinate retrospectiv 1349 de fișe medicale ale pacienților din secția de chirurgie toracică a IMSP SCR, în perioada 2008-2012 (aprilie), dintre care au fost selectați 47 de pacienți cu hipoplazie pulmonară chistică. Majoritatea pacienților au fost examinați prin radiologia-standard, 1 caz a fost diagnosticat prin bronhografie, cazurile dificile au fost supușe unui examen radiologic prin TC. Dintre cei 47 de pacienți cu hipoplazie pulmonară chistică s-au identificat 22 de femei (46,85%) și 25 de bărbați (53,2%). 11 aveau vârsta în intervalul 51-60 de ani,

9 – 20-30 de ani, 7 cazuri – 61-70 de ani, 6 cazuri – 71-80 de ani, 5 cazuri – 31-40 de ani, 4 cazuri – 80-90 de ani și alte 4 cazuri – 41-50 de ani. Toate cazurile se considerau a fi dobândite.

Rezultate. Radiologic s-a constatat afectare totală la 1 pacient, afectare parțială – la 46, dintre care s-au evidențiat: 13 cazuri afectare LIS, 10 cazuri afectare LID, 7 cazuri afectare LMD, 5 cazuri afectare PS, 5 cazuri afectare LSS, 2 cazuri afectare Mlobar, 2 cazuri afectare segmentara, 1 caz afectare LSD, 1 caz afectare PD, confirmate morfologic postoperatoriu.

Semnele radiologice constatate: absența totală a bronhiilor de calibru mic și mijlociu (19.2%); păstrarea completă a structurilor și particularităților pereților bronhiilor mari (21.8%), fibrelor musculare netede (5.6%), epitelului cilindric (3.4%); formațiunile chistice sunt uniforme după mărime și volum (32.7%), țesutul alveolar sub formă de opacități nesemnificative, acoperite cu epiteliu cubic (8.2%). În cazul bronsectaziilor are loc distrugerea capsulei prematur (6.6%), apariția țesutului fibros adiacent (2.5%).

Concluzii. Metoda de screening în hipoplazia pulmonară chistică rămâne radiografia-standard. Metoda imagistică prin care se poate determina localizarea, volumul și tactica de tratament este TC.

IMPACTUL MEDICO-SOCIAL AL DIAGNOSTICULUI IMAGISTIC ÎN CANCERUL PULMONAR PERIFERIC

*Igor GAVRILAȘENCO¹, Elena BALS², Valeriu BÎLBA¹,
¹IMSP Institutul Oncologic,
²USMF Nicolae Testemițanu*

Scop: aprecierea eficacității metodelor de diagnostic imagistic la pacienții cu cancer pulmonar periferic, determinând cauzele diagnosticului imagistic tardiv.

Materiale și metode. Studiul este o analiză retrospectivă a fișelor de observație privind tumorile pulmonare depistate primar la 3431 de pacienți spitalizați în IMSP IO în perioada 2008-2011. Au fost cercetate 187 fișe medicale, dintre care 90 cazuri cu cancer central și 79 cazuri cu cancer periferic. Toți pacienții au fost investigați radiologic. Au fost efectuate: radiografia-standard, tomografia liniară și tomografia computerizată.

Rezultate. Cancerul pulmonar periferic este o patologie frecvent întâlnită. Neoplazii ale sistemului respirator au fost diagnosticate primar la 3431 de pacienți, conform datelor statistice ale IMSP IO din perioada 2008-2011, incidența cancerului pulmonar periferic constituind la nivel municipal 41,5%, iar

la nivel republican – circa 27,32%. Diagnosticul de cancer pulmonar periferic se stabilește tardiv: în stadiile III-IV ale maladiei – 77,41%, respectiv în stadiile I-II – doar 22,59%.

Totodată, se atestă o incidență mai mare a patologiei la bărbați – circa 78,07% – comparativ cu 21,93% la femei, cu un raport B/F de 2-6/1, care tinde să scadă în ultimii ani. Incidența patologiei crește semnificativ după vârsta de 50 de ani (29,15%), vârful fiind caracteristic vârstei cuprinse între 60 și 69 ani (33,905%). Totuși, sunt și cazuri unice de depistare a cancerului pulmonar periferic până la vârsta de 39 de ani. Astfel, în anul 2008, la Ceadâr-Lunga maladia a fost depistată la un tânăr de doar 22 de ani și în același an la Drochia a fost stabilit diagnosticul la un tânăr de 26 de ani.

Un alt fenomen constatat este numărul mai mare al cazurilor depistate la nivel municipal decât la nivel republican. Acest fenomen poate fi explicat prin procesul de industrializare urbană intensă, dar și prin faptul că numărul populației investigate profilactic este mai mic în mediul rural.

La radiografia-standard s-au evidențiat aspecte radiologice extrem de variate, putându-se constata, în raport cu stadiul evolutiv al tumorii, diverse caracteristici: voal imprecis delimitat, opacitate segmentară, opacitate pseudoscizurala, opacitate macronodulară, asociată cu atelectazie, imagini cavitare, imagini hidroaerice etc. Tomografia computerizată este extrem de utilă pentru caracterizarea formațiunilor tumorale, stabilirea extensiei tumorale, evidențierea adenopatiilor și metastazelor (hepatice, suprarenale).

Concluzii. Radiografia-standard, microradiografia sunt metode de screening, însă din cauza procentului scăzut de populație investigată în ultimii ani (aproximativ 52-57%), rata de depistare incipientă a cancerului pulmonar periferic este scăzută. Totodată, TC este o metodă de diagnostic performantă, care precizează relațiile tumorii cu bronhiile, vasele, peretele toracic și alte structuri ale mediastinului.

Eficiențizarea continuă a diagnosticului imagistic în cancerul pulmonar periferic prin creșterea numărului populației investigate profilactic va contribui la ameliorarea nivelului de depistare timpurie a patologiei, pentru că tratamentul aplicat la aceste etape este mult mai efektiv și, cu siguranță, va duce la scăderea ratei morbidității și mortalității în cazurile de cancer pulmonar periferic.

TABLOUL RADIOLOGIC ÎN SINDROMUL TROMBOEMBOLIC PULMONAR

*Elena CEPOIDA, Ana VRABII, Aliona TORNEA,
Mariana COJOCARI,
IMSP Spitalul Clinic Republican,
USMF Nicolae Testemițanu*

Introducere. Sindromul tromboembolic pulmonar (STEP) reprezintă o patologie potențial letală, cu prevalența cazurilor severe – circa 0,5-1,0 cazuri la 1.000 locuitori pe an. Diagnosticul timpuriu corect permite administrarea timpurie a tratamentului trombolitic, ceea ce majorează semnificativ supraviețuirea pacienților și previne dezvoltarea hipertensiunii pulmonare arteriale posttromboembolice și a cordului pulmonar cronic.

Scop: determinarea comparativă a manifestărilor radiologice ale STEP letal și la pacienții-supraviețuitori.

Material și metode. Studiul retrospectiv a inclus 52 de cazuri de STEP confirmat morfopatologic și 24 de cazuri de STEP confirmat clinico-radiologic și *ex juvantibus*. Grupele de pacienți au fost omogene ca vârstă și sex, din punct de vedere etiologic și clinic, ceea ce a permis o comparație directă a rezultatelor examenului radiologic din ambele loturi.

Rezultate. Manifestările radiologice ale STEP includ, la etapa timpurie, dilatarea compartimentelor cordului, bombarea arterei pulmonare, apariția semnelor Goodwin (hilul pulmonar abrupt), Westermark (abolirea circulației pulmonare) și Zwiessel (ascensionarea hemidiafragmului ipsilateral). În continuare se asociază atelectazii discoidale, staza venoasă centrală, efuziuni pleurale bazale și opacifieri pulmonare. Forma acută a STEP letal a fost determinată la 3 (5,8%) (pacienții au decedat timp de câteva ore după un eveniment nefast). Încă 15 pacienți au decedat timp de o zi după debutul STEP. Astfel, din analiza modificărilor fazei a doua vor fi excluși acești 18 bolnavi și ponderea simptoamelor va fi raportată la 34 de pacienți. Incidența totală a semnelor Goodwin în grupul celor cu STEP letal a fost 33/52 (63,5%) [100% (decedați în primele ore) – 87% (decedați în prima zi) – 38,2% (decedați în continuare)] versus 7/24 (29,2%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,05$); incidența semnelor Westermark a fost 30/52 (57,7%) (100% – 80% – 35,3%) versus 6/24 (25%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,05$); ponderea semnelor Zwiessel a fost 27/52 (51,9%) (100% – 73,3% – 32,4%) versus 4/24 (16,7%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,01$) și rata atestării radiologice a supra-solicitării a compartimentelor drepte ale cordului a fost în studiu 31/52 (59,6%) (100% – 80% – 35,3%)