

ID: 2021-05-2467-T-19521

Тезис

Скробнева В.А., Миленцева Ю.И.

Современные методы лучевой диагностики множественной миеломы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Кондратьева О.А.

Актуальность. В странах Европы частота множественной миеломы составляет 5-10, в России — 1,7 случаев на 100 000 населения в год. Смертность от ММ составляет 18% от всех гематологических опухолей. Максимум заболеваемости - 50-70 лет. ММ – самая частая опухоль из группы Ig-секретирующих лимфом, (10-15% опухолей системы крови человека).

Цель исследования: изучение лучевой семиотики поражений скелета при миеломной болезни, выявление наиболее информативных методов лучевого исследования.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни, изучены результаты рентгенографии, КТ и МРТ у 18 пациентов ГУЗ «Областная клиническая больница» и УКБ №1 им. С.П. Миротворцева с диагнозом: «Миеломная болезнь». По формам поражения скелета: диффузно-очаговая – 48%, диффузная – 34%, множественно-очаговая – 14%, солитарная плазмочитома – 4%.

У больных отмечались преимущественно II (9 пациентов – 50%) и III стадии (6 пациентов – 33,3%) заболевания. I стадия была выявлена только у 3 пациентов (16,7%).

Результаты. Использовались следующие методы лучевой диагностики: традиционная рентгенография, КТ и МРТ.

Наиболее часто поражаются грудной и поясничный отделы позвоночника 55%, а также кости черепа 27,7%, кости таза и ребра 16,6%. В 18,3% случаев имелись комбинированные поражения скелета.

Рентгенологическая картина миеломного поражения костей выражалась в наличии диффузного разрежения костной ткани и очагов деструкции, округлой формы, с четким контуром, размерами от 1 до 14 мм, не сливающихся между собой. Так проявлялась наиболее часто встречающаяся форма МБ – диффузно-очаговая.

При КТ регистрировались изменения структуры костей свода черепа и ребер в виде множественных очагов деструкции округлой формы и различных размеров. КТ позволила более детально изучить структуру, контуры и размер деструктивных изменений, а также картину диффузной rarefакции костей. КТ информативно у 17 (94,4%) пациентов, из них впервые изменения были выявлены только по данным КТ у 12 (66,6%) обследованных, данные рентгенографии не были информативными.

При МРТ миеломный очаг визуализируется как округлый участок сниженного сигнала на фоне соседней непораженной костной ткани на T1-взвешенных томограммах, на T2-взвешенных томограммах и в режиме STIR (режим подавления сигнала жировой ткани); он характеризуется сигналом повышенной интенсивности. При диффузной форме МБ выявлялось равномерное, без очагов, понижение сигнала на T1-ВИ от всех пораженных костей и равномерный, слегка неоднородный повышенный сигнал на T2-ВИ. При МРТ миеломное поражение костей было выявлено у 16 (88,8%) обследованных.

Выводы. Наиболее информативным методом диагностики ММ является КТ, МРТ несколько уступает по информативности, но лучше видны изменения костного мозга.

Ключевые слова: миеломная болезнь