остеопороза является приоритетной: неуклонный рост заболеваемости и переломов с повреждением мягкотканных структур, которые не всегда вовремя диагностируются на фоне повреждений костной системы, ведут к стойкой утрате трудоспособности и снижению качества жизни населения.

Цель работы. Определить диагностические аспекты ультрасонографии в верификации повреждений сухожильно-связочного аппарата коленных и плечевых суставов у больных с остеопорозом.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено 86 пациентам (32 мужчины и 54 женщины) с различными травмами и клиническими признаками разрыва сухожилий ротаторной манжеты плечевого сустава (РМП) и разрыва коллатеральных связок коленного сустава (КС). Возраст обследуемых — 50-79 лет. Для сравнения УЗИ проводилось 25 пациентам без предъявлений каких-либо жалоб на патологию плечевого и коленного суставов или же учитывались результаты УЗИ интактных суставов у обследуемых пациентов. Всем больным проводились рентгенография плечевого и коленного суставов, денситометрическая оценка минеральной плотности костной ткани.

Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA EXPERT, ULTIMA SM (РАДМИР) и Simens Acuson X 300 (Simens) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц путем полипроекционного и полипозиционного сканирования РМП и коллатеральных связок с применением функциональной ультрасонографии и цветового доплеровского картирования. Оценивались следующие признаки: состояние кортикального слоя головки плечевой кости, суставных поверхностей бедренной и большеберцовых костей, толщина сухожилий РМП, сухожилия длинной головки бицепса, коллатеральных связок, их структура, целостность, васкуляризация, состояние сумок плечевого и коленного суставов.

Частичными считались повреждения с наличием гипоэхогенных дефектов: внутрисуставного, внесуставного, внутриствольного, дефекта в месте инсерции сухожилия или связки с фрагментарным отрывом хрящевого или кортикального слоя кости. Полными считались разрывы: при отсутствии визуализации сухожилий или связок в типичном месте, прерывистости контуров, визуализации концов разорванного сухожилия или связок, наличии фокальных фрагментов хряща головки плечевой или суставных поверхностей бедренной и большеберцовых костей, наличии выпота в ССС или в супрапателлярном завороте неоднородной структуры.

В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано повреждение медиальной коллатеральной связки КС — частичное у 42 (48,8%) пациентов, полное — у 27(31,3%) пациентов; повреждение латеральной коллатеральной связки КС — частичное у 23 (26,7%) пациентов, полное у 5 (5,8%)пациентов; повреждение сухожилия надостной мышцы РМП — частичное у 28 (32,5%) пациентов, полное у 20 (23,2%) пациентов; повреждение сухожилия подостной мышцы РМП — частичное у 13 (15,2%) пациентов, полное — у 4 (4,6%) пациентов; повреждение сухожилия подлопаточной мышцы РМП — частичное у 6 (6,97%) пациентов, полное — у 8 (9,3%) пациентов. Отрыв сухожилия надостной мышцы с костным фрагментом большого бугорка от места его инсерции наблюдался у 16 (20,9%) пациентов; отрыв медиальной коллатеральной связки КС с костным фрагментом от места ее инсерции лоцировали у 11 (12,8%) пациентов. Повреждения РМП, сочетающиеся с переломом большого бугорка, диагностированы у 18 (18,8%) па-циентов. Повреждения РМП сопровождались субдельтовидно-субакромиальным бурситом у 72 (83,7%) пациентов, а повреждения коллатеральных связок КС сопровождались супрапателлярным бурситом у 77 (89,5%) пациентов. При рентгенографии плечевого сустава изменения выявлялись у 16 (20,9%) пациентов с отрывом костных фрагментов большого бугорка, у 18 пациентов (18,8%) при наличии перелома большого бугорка, у 38 (44,2%) пациентов с признаками локального остеопороза большого бугорка плечевой кости. При рентгенографии коленного сустава изменения виявлялись у 11 (12,8%) пациентов с отрывом костных фрагментов большеберцовой кости, у 32 (37,3%) пациентов с признаками локального остеопороза бедренной и большеберцовых костей.

При ультразвуковой денситометрии показатель Т в виде стандартных отклонений от нормы составлял меньше — 2,5 SD у 79 (91,2%) пациентов, что являлось подтверждением наличия остеопороза (согласно рекомендациям ВОЗ).

Выводы. Ультразвуковая эхография позволяет точно определить характер повреждения сухожильно-связочного аппарата таких крупных суставов, как коленный и плечевой. Наличие остеопороза в большом бугорке плечевой кости, мыщелках бедренной и большеберцовых костей является составляющим звеном патогенеза повреждений РМП и коллатеральных связок КС.

ПОКРАЩЕННЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ОБСТЕЖЕННІ ЗА ДОПОМОГОЮ СИМЕТИКОНУ

Жайворонок М.М.[1], Динник О.Б.[2], Кушнеров О.І. [3]
[1]Медичне науково-практичне об'єднання «МедБуд», м. Київ
[2]Інститут фізіології ім.О.О.Богомольця НАН України, м. Київ
[3]Центральна районна клінічна поліклініка, м. Мінськ

Вступ. Метеоризм (від гр. μετεωρισμός — підняття вгору, здуття) — надлишкове скупчення газів у кишечнику. Надлишкове скупчення газів у шлунково-кишковому тракті (ШКТ) значно знижує інформативність ультразвукового дослідження. При метеоризмі об'єм газу, що виводиться, може досягати трьох та більше літрів. Існують три основні джерела утворення газу в кишечнику: повітря, що ковтається; гази, які утворюються в просвіті самої кишки; гази, що дифундують з крові. Газ, що накопичується в ШКТ, у нормі частково всмоктується в товстій кишці та частково евакуюється. Симетикон (Еспумізан®) — являє собою кремній — органічне сполучення групи диметилполісилоксанів і за механізмом дії належить до поверхнево активних речовин та застосовується як піногасник.

Мета. Оцінити ефективність ультразвукової візуалізації відділів товстої кишки за допомогою діагнос-

тичного розчину з додаванням симетикону.

Матеріали та методи. Нами обстежено 69 пацієнтів віком від 21 до 62 років. Дослідження проводилося на апаратах Esaote ClassC та Philips HD 11 з мультичастотними конвексними 3,5-5 МГц та лінійними датчиками 7-12 МГц, застосовували технології покращення В-зображення. Обстеження товстої кишки проводили після очистки напередодні. Використовували методику трансабдомінального обстеження товстої кишки з наповненням її діагностичним розчином. Як діагностичний розчин використовували дистильовану воду (500 мл), в яку додавали симетикон (Еспумізан®) (80 мг). Товста кишка була поділена на зони інтересу, які є найскладнішими з точки зору візуалізації: ректосигмоїдний відділ, селезінковий кут, печінковий кут, купол сліпої кишки. Контрольна група із 70 чоловік отримувала тільки дистильовану воду.

Результати та їх обговорення. Добра візуалізація ректосигмоїдної зони була досягнута у 58 (84%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 31 (44%), часткова візуалізація — у 8 (12%) пацієнтів та 33 (47%) контрольної групи відповідно та не покращилася у 5 (4%) пацієнтів та 6 (9%) контрольної групи. Добра візуалізація селезінкового кута була досягнута у 67 (96%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 33 (47%), часткова візуалізація в 1 (2%) пацієнта та 35 (46%) контрольної групи відповідно та не покращилася в 1 (2%) пацієнта та 2 (7%) контрольної групи відповідно. Добра візуалізація печінкового кута була досягнута у 68 (98%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 48 (69%), часткова візуалізація — в 1 (2%) пацієнта та 20 (29%) контрольної групи відповідно та не покращилася в 1 (2%) контрольної групи відповідно. Добра візуалізація купола сліпої кишки була досягнута у 67 (86%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 60 (%), часткова візуалізація у 2 (%) пацієнтів та 9 (%) контрольної групи відповідно та не покращилася в1 (%) пацієнта контрольної групи. Вплив на зменшення газу в товстій кишці тісно корелює з поліпшенням візуалізації у більшості пацієнтів. Всі пацієнти переносили процедури добре, без будь-яких побічних ефектів.

Висновок. Використання симетикону (Еспумізану) є простим, небезпечним, недорогим і ефективним методом для покращення візуалізації відділів товстої кишки в амбулаторних умовах та покращує візуалізацію порівняно з однією водою.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ УЛЬТРАЗВУК В КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО С БОЛЕЗНЬЮ БАЙЛЕРА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Закревский А.Н., Карапетян О.Ю.*, Каратай О.С. **, Томчук А.И.**, Козакевич И.М.**, Закревская А.А.**

** Кафедра неонатологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков*

*** Харьковский городской перинатальный центр*

Вступление. У детей первичные злокачественные опухоли печени встречаются значительно реже, чем у взрослых. Они составляют около 0,5-2% от числа всех опухолей у детей. Предрасполагающими факторами являются хронические болезни гепатобилиарной системы. Группу высокого риска составляют дети с метаболическими нарушениями, прогрессирующим семейным внутрипеченочным холестазом I (болезнь Байлера) и II типов, хроническими вирусными гепатитами В и С, первичным склерозирующим холангитом и др. [1]. В современных условиях с диагностической целью широко используют мультипараметрический ультразвук, в частности, у взрослых рекомендовано использовать данные авторов Ferraioli G. et al. (2012). в клинической интерпретации результатов для стадирования фиброза методом сдвиговолновой эластографии (СВЭ) в сопоставлении с данными ТЭ и шкалы METAVIR пока не будет разработана национальная шкала [2, 3].

Манифестация болезни Байлера в виде синдрома холестаза отмечается в первые месяцы жизни, чаще в период новорожденности. Диагностика основана на выявлении диссоциации между низкой активностью гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) сыворотки крови, часто в сочетании с низким уровнем холестерина и повышением значения других клинических и лабораторных маркеров холестаза, со значительным повышением уровня ЖК в крови и отсутствием их в желчи, внутриклеточным скоплением желчи при электронно-микроскопическом исследовании биоптата печени. Единственный радикальный метод лечения ГЦК — хирургический, заключающийся в резекции опухоли или трансплантации печени. У детей с хроническими прогрессирующими заболеваниями методом выбора служит трансплантация печени.

Приводим собственное катамнестическое наблюдение пациента.

Ребенок родился путем операции кесарево сечение в СГ 28 нед., масса — 760 г; рост — 30 см; ОГ — 22 см; ОГК — 20 см; роды — 1-е, беременность — 2-я на фоне хронического гломерулонефрита с 21-й недели, системной артериальной гипертензии, плацентарной дисфункции, СЗВУР плода.

По Апгар 2-5 баллов, переведен в ОИТ в крайне тяжелом состоянии, длительное время находился на ИВЛ, получал полное и частичное парентеральное питание, терапия в соответствии с действующими протоколами.

Диагноз: Врожденное нарушение обмена веществ – нарушение обмена желчных кислот с синдромами холестаза, мальабсорбции, мальдигестии, мальнутриции, вторичной кахексией, осложненное метаболическим гепатитом, фиброзом печени.

Маркеры вирусных гепатитов (HbsAg, IgG HCV) отрицательные, уровень билирубина нарастал до 289 мкмоль/л за счет прямой фракции 139 мкмоль/л. Повышен уровень раково-эмбрионального антигена (РЭА), 6,88 нг/мл и альфа-фетопротеина (АФП), 196,1 МЕ/мл.

СВЭ печени демонстрировала повышение средней жесткости в диапазоне 5,9-7,05 кПа (фиброз печени стадия F1 по шкале МЕТАВИР) с нарастанием показателей до 8,31-11,42 кПа (фиброз печени стадия F2-3 по шкале МЕТАВИР). В последующем клиническое улучшение состояния, снижение билирубина соответствовало снижению показателей средней жесткости печени до нормы: 3,75-4,82 кПа. Однако спустя 6 мес. при проведении мультипараметрического ультразвукового исследования печени