

зокрема, в 100% при PA sling, DAA – в 11 (85%) із 13 випадків, і 22 (55%) із 40 випадків із правосторонньою дугою аорти і лівою артеріальною зв'язкою/протокою. Супутніми вадами серця були дефекти міжшлуночкової перегородки, аномальне відходження правої гілки легеневої артерії від висхідної аорти, подвійне відходження магістральних судин від правого шлуночка, атрезія легеневої артерії I і II типів, Тетрада Фалло, коарктація аорти. У центрі прооперовано 19 (32%) пацієнтів із судинними кільцями. Одна дитина двомісячного віку після реконструкції дуги аорти (aorta uncrossing procedure) потребувала проведення контрольної комп'ютерної томографії з в/в контрастуванням у зв'язку із збереженням протягом трьох тижнів проявів вираженої дихальної недостатності, обумовленою стенозом трахеї.

Висновки. Комп'ютерна томографія з мультипланарною та 3D-реконструкцією дозволяє точно визначити тип судинного кільця, супутні вроджені вади серця, дає змогу оцінити значущість компресії трахеї й, відповідно, допомагає кардіологу й реаніматологу визначити тактику ведення пацієнта, а хірургу — оперативний підхід й тип операції для кожної категорії судинних кілець.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЕ РАКА

Сергеев Д.В., Вороньжев И.А., Крамной И.Е.,
Коломийченко Ю.А., Бобкова И.Л.
*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Обтурационная кишечная непроходимость является одним из наиболее частых осложнений рака левой половины толстой кишки. Это связано с особенностями местного роста опухолей (эндофитный, циркулярный), спецификой интрамурального лимфооттока, а также большой плотностью опухоли этой локализации и меньшим диаметром кишки. Кишечная непроходимость опухолевого генеза составляет 60-80% из всех причин непроходимости толстой кишки. Ведущую роль в диагностике данного осложнения рака левой половины ободочной кишки играют лучевые методы исследования.

Цель работы. Определить степень сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака по данным лучевых методов исследования.

Материал и методы. Изучены данные ирригоскопии (графию), компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости 38 больных в возрасте 35-67 лет, находившихся на лечении с диагнозом рака левой половины ободочной кишки, осложненного обтурационной непроходимостью.

Результаты. Поставленная цель достигнута разработкой способа рентнеограмметрической диагностики степени сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака. Предложенный способ объективизации полученных рентнеологических данных защищен патентом (Патент Украины № 97380 от 10.03.2015 г., бюл. № 5). Согласно изобретению, с помощью ирригоскопии (графию) и компьютерной томографии брюшной полости определяют

протяженность зоны сужения левой половины ободочной кишки и уменьшение ее просвета. В этой связи было предложено выделить в соответствии с клиническими проявлениями 3 степени сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака. Первая (легкая) степень отмечалась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 1-3 см, уменьшения просвета кишки до 2 см и «ступеньки» между пораженным и непораженным участками кишки, данная степень была диагностирована у 28,9% больных. Вторая (средней тяжести) степень определялась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 4-6 см, уменьшения просвета кишки до 1 см и «ступеньки» между пораженным и непораженным участками кишки, данная степень определялась у 52,6% исследованных. Третья (тяжелая) степень имела место у 18,4% пациентов и устанавливалась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 7 см и более, уменьшения просвета кишки менее 1 см, появления «кракового» канала и выраженного престенотического расширения непораженной части кишки.

При проведении обзорной рентнеографии брюшной полости у 65,8% больных с опухолями левых отделов ободочной кишки имели место признаки кишечной непроходимости. На обзорных рентнеограммах при этом характерным было малое количество «чаш Клойбера». При обтурации кишки опухолью вздувались отделы, расположенные проксимальнее препятствия.

Использование КТ имело большое диагностическое значение для определения как степени стенозирования, так и протяженности процесса при выраженных опухолевых стенозах, когда невозможно использовать другие методы диагностики, в том числе и эндоскопические, а иногда и традиционные рентнеологические методики. Основными КТ-признаками при кишечной непроходимости были: сужение просвета; расширение петли кишки проксимальнее зоны поражения; утолщение стенки кишки (чаще циркулярного, реже асимметричного типа) толщиной около 2 см. Наличие мягкотканного образования размерами до 6 см отмечалось в 31,6% случаев. У части больных (34,2%) определялись инфильтрация окружающей клетчатки, увеличенные регионарные лимфатические узлы (в среднем до 16 мм) (21,1%), утолщение брюшины левого бокового канала и переднего листка паранефральной фасции (28,9%).

При УЗИ-исследовании у большинства пациентов со 2 и 3-й степенью сужения (60,5%) обнаруживали признаки кишечной непроходимости. Наиболее протяженные опухоли, по данным УЗИ, локализовались в области нисходящей ободочной кишки (44,7%). Значительное утолщение стенки кишки сопровождалось престенотическим расширением просвета с задержкой содержимого (60,5%). УЗ-картина опухолевого поражения толстой кишки характеризовалась наличием в просвете транзитной зоны патологического образования гетерогенной структуры, включающего в себя утолщенную гиперэхогенную стенку и гипозоногенный центр, так называемый симптом «пораженного полого органа».

Выводы. Рентнеологический метод исследования продолжает оставаться ведущим в диагностике кишечной непроходимости у больных раком левой половины ободочной кишки. Предложенный метод определения степени сужения левой половины ободочной кишки

при инфильтративной форме рака, по данным лучевых методов исследования, является объективным и информативным, не приводит к дополнительной лучевой нагрузке. С помощью этой методики можно контролировать эффективность проведенного лечения и предотвращать дальнейшее развитие осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Синенькая Е.А.¹, Грабовский Ю. В.²

¹ООО Медицинский центр для детей и взрослых «Дейли Медикал», г. Днепрпетровск

²КУ «Днепрпетровская областная клиническая больница им. Мечникова»

Введение. С 1980 года ультразвуковое исследование, наравне с рентгенографией, широко применяется в детской ортопедии для ранней диагностики развивающейся дисплазии тазобедренного сустава у детей. УЗИ зарекомендовало себя как визуализирующий метод выбора для диагностики в первые 6 месяцев жизни и для контроля эффективности лечения.

Во многих странах Европы этот метод является скрининговым и проводится впервые дни жизни после рождения прямо в роддоме. В качестве обязательного профилактического метода УЗИ тазобедренных суставов осуществляется в Австрии с 1992 года, в Германии — с 1996 года, в Швейцарии — с 1997 года.

Цель. Определить возможности ультразвукового метода для диагностики выявления развивающейся дисплазии тазобедренного сустава у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у детей до года в медицинском центре «Дейли Медикал» проводится с апреля 2014 года. Обследования и оценка выполняются по стандартной методике R. Graf на ультразвуковом аппарате General Electric Logik 5 Premium, датчиком линейного сканирования 5-7 МГц. За это время было обследовано более 900 детей в возрасте от 1 мес. до 8 мес. (девочек – 638 (66%) и мальчиков – 318 (34%).

Показаниями к обследованию являлись: асимметрия ягодичных складок, отягощенный анамнез (тазовое предлежание, маловодие, многоводная беременность, женский пол ребенка), «клиническая» нестабильность тазобедренного сустава, ограничение объема движений в суставе, симптом «щелчка» при попытке отведения бедра.

Большинство пациентов перед проведением ультразвукового исследования были осмотрены детским ортопедом-травматологом.

Результаты. Процентное соотношение выявленных типов тазобедренных суставов по стандартной методике R. Graf с помощью ультразвукового метода исследования выглядит следующим образом: 1-й тип (норма) – 59%; 2 А тип (незрелый тазобедренный сустав) – 25%; 2 Б тип (незрелый диспластичный сустав) – 16%; 2 С тип (преподвывих) – 1%; 3 и 4-й тип (подвывих и вывих) – 1%.

Все случаи тяжелой дисплазии, подвывиха и вывиха были выявлены только у девочек, находящихся в зоне риска в первый месяц жизни.

Преимуществами УЗИ тазобедренных суставов у детей первого года жизни являются: отсутствие лучевой нагрузки и может использоваться многократно для динамического наблюдения; быстрота проведения обследования; высокая точность исследования; возможность раннего выявления дисплазии тазобедренного сустава с первых дней жизни, что позволяет быстро и вовремя начать лечение.

Вывод. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава является серьезным, деформирующим скелет заболеванием. Ранняя диагностика и лечение увеличивают шансы на выздоровление. УЗИ тазобедренных суставов расширяет возможности современной диагностики.

Таким образом, ультразвуковой метод исследования тазобедренных суставов обладает высокой чувствительностью и специфичностью и может дополнить или даже в некоторых случаях заменить рентгенологические исследования в выявлении патологии тазобедренных суставов у детей первого года жизни.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ¹⁵³Sm, ⁸⁹Sr, ³²P

Солодянникова О.І., Даниленко В.В.,

Сукач Г.Г., Саган Д.Л.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Незважаючи на суттєвий прогрес, обумовлений модернізацією променевої терапії, розробкою і застосуванням нових хіміопрепаратів, удосконаленням гормонотерапії, широким використанням бісфосфонатів, появою таргетних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і далі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при лікуванні множинних кісткових метастазів як терапія «останньої лінії».

Матеріали та методи. Для аналізу знеболюючого впливу різних РФП при метастатичному ураженні кісток у нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болю (ЛАКОМЕД). Радіонуклідна терапія проводилась відповідно до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих: 58 — із РФЗ, 30 — із РПЗ, 6 — з раком легені, 4 — з раком нирки, 1 — із раком шийки матки і 1 — із раком ректосигмоїдального кута товстого кишечника. З них 64 жінки і 36 чоловіків. Вік пролікованих від 32 до 78 років. Середній вік (55,0±11,6) року. У 94 (90%) пацієнтів наявність кісткових метастазів визначалась за допомогою остеосцинтиграфії з ^{99m}Tc-MDP. У 6 пацієнтів діагноз кісткового ураження верифікувався іншими методами променевої діагностики.

У порівняльний аналіз включені результати лікування ³²P (n=30), ⁸⁹Sr (n=30) та ¹⁵³Sm (n=40). Проведений аналіз протибольової ефективності ¹⁵³Sm залежно від кількості курсів терапії. Оцінювалась переносимість ¹⁵³Sm за шкалою CTCNCA(v)4.3.

Результати. Встановлено, що інтенсивність болю до та після лікування різними РФП змінювалась таким чином: ³²P — до лікування 7,1±1,5, після лікування — 5,0±3,1* (p<0,05); ⁸⁹Sr — до лікування 8,0±2,2, після лікування — 4,8±1,5* (p<0,05); ¹⁵³Sm — до лікування 8,4±1,3, після лікування — 3,5±1,8* (p<0,05). Отже, під