

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