

вом сканере “Ультима ПА Експерт” (Радмир, Україна) после обов'язкової стандартної попередньої підготовки. Из них 47 пацієнтам проведена фібростеатометрія (CAP – контролюємый параметр затухання) в алгоритмі комплексної транз'єнтної еластографії. Исследования проводились на аппарате “Фиброскан” (Echosens, Франция) строго по стандартным рекомендациям фирмы-производителя. 136 пациентам из этой же группы выполнена рентгеновская мультidetекторная компьютерная томография (МСКТ) с денситометрическим анализом плотности печеночной паренхимы (КТ-стеатометрия). Исследования проводились на КТ-сканере Brilliance 16 (Philips, Голландия). КТ-стеатометрия выполнялась в нативную фазу сканирования.

В анализ показателей диагностической информативности различных методов взяты материалы англоязычных статей по магнито-резонансной стеатометрии (MP-стеатометрия) и лабораторной диагностики (SteatoTest, Biopredictive, Франция). Использовались медицинские поисковые системы Medline, PubMed. Цитируемые материалы были отобраны на основе их релевантности.

Результаты. При проведении УЗД в серошкальном режиме выявленные случаи стеатоза печени подразделялись на 3 формы (диффузную, локальную и очаговую). Посредством УЗ-стеатометрии выявлены различные степени жирового гепатоза (S1-3) у 940 (29%) пациентов. Стеатогепатит был заподозрен у 97 (3,08%) человек. При проведении фибростеатометрии печени на “Фиброскане” различные степени жирового гепатоза (S1-3) выявлены у 16 (34%) пациентов. Из них у 1 (2,1%) пациента заподозрен стеатогепатит. При анализе МСКТ (КТ-стеатометрия) жировой гепатоз выявлен у 28 (22%) пациентов. На основании полученных личных результатов, данных литературы предложен стеатометрический алгоритм обследования пациентов с подозрением на НАЖБП.

Выводы. Применение различных неинвазивных лучевых диагностических модальностей, доступных в настоящее время для стеатометрии, могут помочь врачу проводить раннюю диагностику стеатоза. Использование диагностического стеатометрического алгоритма позволит уточнить степень жирового гепатоза и прогностически стратифицировать НАЖБП, НАСГ и возможный последующий фиброз печени. Последовательный диагностический стеатометрический алгоритм может привести к снижению использования биопсии печени. Валидация ультразвуковых методов стеатометрии печени позволит проведение широкого популяционного скрининга НАЖБП и эффективности ее лечения.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА РІДКІСНИХ ДИСПЛАЗІЙ СКЕЛЕТА

Хмизов С.О.¹, Шармазанова О.П.², Лисенко Н.С.², Пашенко А.В.^{1,2}

¹ ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

² Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Дисплазії скелета є вродженим порушенням розвитку його елементів, які проявляються відразу після

народження або у постнатальному періоді, як правило, у дитячому та підлітковому віці. Серед захворювань даної групи найбільш рідкісними є недосконалий остеогенез (остеопсатироз, патологічна ламкість кісток), мармурова хвороба (остеопетроз), які мають частоту від 1:20000 до 1:60000 новонароджених; спадкові захворювання, що проявляються ураженням різних органів та систем, у тому числі й розвитком пухлиноподібних утворень у кістках (синдром Мак'юна-Олбрайта, Jaffe-Sampanassi, хвороба Реклінгаузена або нейрофіброматоз I типу тощо), зустрічаються із частотою 3-5 на 10000 осіб. Основним завданням рентгенологічного дослідження є вивчення патологічних змін кількості, розмірів, співвідношень, структури кісток, а також проведення диференційної діагностики захворювань.

Мета дослідження. Вивчення та узагальнення ознак деяких рідкісних вроджених порушень розвитку скелета за даними рентгенографії.

Для недосконалого остеогенезу, мармурової хвороби характерними є патологічні зміни структури, форми та вісі кісток: багатоплощинні деформації, множинні переломи, остеопороз, атрофія кісток — при недосконалому остеогенезі; системний дифузний остеосклероз — при мармуровій хворобі. Крім того, означеним захворюванням притаманні симптоми ураження інших органів, а саме туговухість, блакитні склери — при остеопсатирозі, анемія — при мармуровій хворобі, що нерідко призводить до летальних наслідків. Нейрофіброматоз є спадковим захворюванням із характерними ознаками: множинні підшкірні вузликподібні безболісні утворення — нейрофіброми, нашкірні плями кольору кави з молоком (плями Копфа); зміни у кістках, які можуть проявлятися розвитком кіфосколіозу, формуванням несправжніх суглобів, переважно у кістках нижніх кінцівок (гомілка), утворенням ділянок остеолізу у кістках кінцівок, склепіння черепа або таза. Одним із проявів синдрому Мак'юна-Олбрайта, Jaffe-Sampanassi є наявність множинних ділянок деструкції, що обумовлено розростанням недозрілої фіброзної тканини у будь-якому відділі скелета, переважно у довгих або пласких кістках.

Висновки. Вроджені порушення розвитку скелета є досить різноманітними за походженням та клінічними проявами захворюваннями. Комплексне клініко-рентгенологічне обстеження, з урахуванням сучасних принципів класифікації, дає змогу своєчасно поставити правильний діагноз, призначити адекватне та ефективне лікування та покращити якість життя пацієнтів.

ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПЛАНУВАННІ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: РОЛЬ І ЗНАЧУЩІСТЬ

Чередниченко Н.А.

Дінпропетровська міська клінічна лікарня №2, м. Дніпропетровськ

Раньові дефекти нижніх кінцівок із субтотальною втратою шкірного покриву і м'яких тканин є однією з найбільш складних проблем у реконструктивній хірургії. Актуальність цієї проблеми також визначається великою кількістю хворих із дефектами шкіри і м'яких тканин.

Крім того, слід зазначити, що внаслідок подій на сході України останнього року кількість таких хворих

значно збільшилась. Діагностика та лікування хворих із бойовою травмою ускладнюється можливою наявністю агента поранення, комбінованим характером травми та найчастіше тяжким загальним станом хворого.

На сьогодні немає єдиного алгоритму діагностичних досліджень, які б надали повну інформацію про особливості кровопостачання уражених ділянок кінцівки та прилеглих м'яких і покривних тканин для подальшого успішного виконання реконструктивних операцій.

Мета. Розробити та впровадити ефективну діагностику комбінованих уражень нижніх кінцівок при бойових травмах з комплексною оцінкою дефектів покривних та м'яких тканин, кісткових структур, наявності і локалізації уражуючих агентів для визначення оптимальної тактики поетапного хірургічного лікування таких уражень.

Матеріал і методи. Досліджено 12 хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно-рухового апарату, м'яких і покривних тканин, наявністю в тканинах уражуючих агентів, первинного і вторинного ураження гілок артеріальних судин. Виконано 20 реконструктивних оперативних втручань з усуненням дефектів шкіри та м'яких тканин, видаленням чужорідних агентів, МОС (металоостеосинтез) уражених кісткових структур. Для планування оперативних втручань хворим проводились діагностичні дослідження уражених кінцівок: субтракційна дигітальна селективна ангіографія нижніх кінцівок за допомогою ангіографічного мультифункціонального комплексу Philips Integris V3000, комп'ютерна ангіографія нижніх кінцівок з 3D-реконструкцією на мультиспіральному комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion (128 зрізів) з використанням рентгенконтрастної речовини Томогексол, обробкою інформації за допомогою робочої станції Osirix MD, дослідження покривних тканин УЗ АД «Мінідоп» з датчиком із частотою 8 МГц, дослідження опорно-рухового апарату за допомогою рентгендіагностичного апарату «РУМ 20МП».

Результати та їх обговорення. Передопераційне дослідження хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно-рухового апарату, м'яких і покривних тканин з використанням комп'ютерної томографії з ангіографією артеріального кровотоку нижніх кінцівок з подальшою 3D-реконструкцією дозволило визначити розміри дефектів, травматичне ушкодження кісткових структур, наявність у рані і прилеглих м'яких тканинах чужорідних (вогнепально-осколкових) агентів, топографо-анатомічні особливості судин ураження та суміжних ділянок, первинного і вторинного ураження гілок артеріальних судин.

Це, у свою чергу, дозволяло оптимально планувати етапність та перебіг оперативного втручання в кожному випадку, де кожен етап враховував особливості та потреби інших хірургічних етапів, з визначенням реціпієнтої ділянки для формування донорського перфорантного клаптя для заміщення дефекту м'яких і покривних тканин, можливості та необхідності видалення чужорідних тіл, особливостей реконструктивних операцій при ураженні кісткових структур. У результаті було скорочено час перебування хворих під наркозом, уникли вторинних ішемічних ускладнень, досягли комплексної оптимальної реконструкції кінцівок.

Висновки. Передопераційна підготовка хворих із використанням комп'ютерної томографії з ангіографією

артеріального кровотоку нижніх кінцівок з подальшою 3D-реконструкцією дозволила оптимізувати реконструктивне хірургічне лікування хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно-рухового апарату, м'яких і покривних тканин.

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО АБСЦЕСУ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ДАНИМИ

Чурилін Р.Ю., Вороньжев І.О., Крамний І.О.
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Хронічними абсцесами називають абсцеси, при яких патологічний процес не завершився через 3 місяці і перебігає з періодами загострень та ремісій. Практикуючими лікарями-рентгенологами оцінка тяжкості перебігу хронічного абсцесу проводиться зазвичай візуально, вона є суб'єктивною і, як правило, не відображає дійсний стан перебігу абсцесу.

Мета роботи. Об'єктивізувати тяжкість перебігу хронічного абсцесу легень за даними рентгенографічного дослідження.

Матеріали і методи. Нами були вивчені дані рентгенологічного дослідження органів грудної клітки (ОГК) 248 хворих на гнійно-деструктивні захворювання легень віком від 18 до 78 років. Виконувались рентгенографія, скопія, 54 хворим зроблена комп'ютерна томографія (КТ) ОГК. Нами рекомендується наступний розподіл тяжкості перебігу хронічного абсцесу легень за рентгенограмами грудної клітки на основі математичних параметрів:

1-й ступінь — помірний перебіг: порожнина абсцесу має діаметр до 4 см; товщина перифокального пневмофіброзу складає 3-5 мм, серединна тень розміщується звичайно;

2-й ступінь — перебіг середньої тяжкості: порожнина абсцесу від 4 до 6 см у діаметрі; товщина перифокального пневмофіброзу складає 6-10 мм, серединна тень зміщується до 25% від поперечника половини грудної клітки;

3-й ступінь — тяжкий перебіг захворювання: порожнина абсцесу більше ніж 6 см у діаметрі; товщина перифокального пневмофіброзу більша ніж 10 мм; серединна тень зміщується більше ніж 25% від поперечника половини грудної клітки.

Результати. При аналізі даних, отриманих у результаті рентгенологічних, КТ- та клініко-лабораторних досліджень встановлений хронічний абсцес легень у 14 (5,7%) хворих. Хронічний абсцес I ступеня тяжкості діагностований у 6 хворих із 14 (42,9%); перебіг середнього ступеня тяжкості (II ступеня) встановлений у 6 (42,9%) хворих; тяжкий перебіг (III ступеня) встановлений у 2 (14,3%) хворих.

Висновок. Таким чином, запропонований спосіб визначення тяжкості перебігу хронічного абсцесу за рентгенограмами на основі рентгенограмметричних даних (розміри порожнини, товщина перифокального пневмофіброзу та зміщення серединної тіні) дозволяє об'єктивно визначати тяжкість його перебігу за трьома ступенями, що дозволить призначати відповідне лікування хворим.