

вотоку по всіх сегментах обох нирок (середнє значення $V_{\max} 34,43 \pm 1,66$ см/с).

УДОСКОНАЛЕННЯ ЕХОГРАФІЧНИХ КРИТЕРІЇВ МІОМИ МАТКИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ МОЖЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АБЛЯЦІЇ

Козаренко Т.М.¹, Карачарова І.Ю.²

¹ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»

²Київський міський клінічний онкологічний центр, Центр ядерної медицини

Міома матки є найпоширенішою доброякісною пухлиною серед усіх пухлин жіночої статеві сфери. Частота міоми матки серед інших гінекологічних захворювань складає 20–44%. Первинне безпліддя спостерігається майже у кожній п'ятій хворій із міомою матки; вторинне — у кожній четвертій пацієнтки.

У наш час у зв'язку із розробкою і впровадженням у клінічну практику сучасних технологій виникли нові можливості лікування міоми матки. Одним із таких методів є ультразвукова абляція високоінтенсивним фокусованим ультразвуком (HIFU – High Intensity Focused Ultrasound) – це унікальний неінвазивний дистанційний метод деструкції новоутворень, а саме міом тіла матки. Так, HIFU проводиться під ультразвуковим (УЗ) контролем у режимі реального часу, тому успішність проведення абляції напряму залежить від точності проведення ехографічних обстежень пацієнтки до процедури. Саме тому існує необхідність удосконалити підхід до сонографічної діагностики міом тіла матки.

Мета роботи. Розробити ультразвукові критерії вузлової міоми матки для можливості проведення ультразвукової абляції.

Матеріали та методи. Робота проводилась на базі Київського міського клінічного онкологічного центру, Центру ядерної медицини. Всім пацієнткам було проведено ультразвукове обстеження з використанням конвексного датчика з центральною частотою 3,7 МГц (С5-2) та трансвагінального датчика з частотою 7,5 МГц (С8-4V). Дистанційну ультразвукову абляцію новоутворень тіла матки проводили на апараті JC Haifu (виробник: Chongqing Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd.). Нами було проведено ретроспективний аналіз 52 історій хвороб пацієнток із міомою матки. Вік жінок з діагнозом «симптомна міома тіла матки» складає від 26 років до 44 років, середній вік — 36,4±2,8 років. Всіх хворих ми розподілили на дві групи. До першої групи увійшли 23 (44,2%) пацієнтки, яким провели ультразвукову абляцію міоматозних вузлів тіла матки. Другу групу склали 29 (55,8%) хворих на міому матки після оперативного втручання.

Результати та їх обговорення. Пацієнткам з міомою тіла матки проводилась трансабдомінальна сонографія для визначення акустичного шляху ультразвукових хвиль як імітації лікувальних, оцінюючи анатомо-топографічні взаємини з органами та кістковими структурами малого таза: проводили вимір відстані від міоми до крижів, лобка, кишківника, шкіри. Положення матки в ante flexio (78% хворих) є оптимальним щодо забезпечення достатнього доступу ультразвукових хвиль для ефективного проведення процедури. У випадках retro flexio (22% пацієнток) виникали технічні труднощі, які були зумовлені тим, що на шляху хвилі між передньою черевною стінкою і міоматозно зміненою маткою локалізувалися петлі кишківника.

Міоматозні вузли, розташовані в передній стінці (65,2%) і в дні матки (4,7%), найбільш доступні і практично не викликають технічних труднощів під час лікування. При локалізації вузлів у бокових стінках матки (17,4%) мали певні технічні труднощі, обумовлені близьким розташуванням або інтимним приляганням відрізків кишківника до міоматозного вузла. Також були певні технічні проблеми при лікуванні міоматозних вузлів задньої стінки матки (13%), обумовлені недостатньою відстанню до крижів, а у деяких випадках (4%) і петель кишківника. Вузли міоми матки, які мали розташування в ділянці шийки та перешийка матки (15,3%), були недоступні для проведення ультразвукової абляції. Вузли даної локалізації розташовані глибоко в порожнині малого таза (фокусна відстань більша ніж 11 см), за лонною кісткою і «фіксовані» (тобто не можуть бути виведені вище лонної кістки). Слід пам'ятати, що наявність кальцинатів (21,2%) на шляху ультразвукових хвиль є протипоказанням для проведення ультразвукової абляції.

При трансвагінальному огляді вирішується питання про структуру вузла, особливості васкуляризації, що в поєднанні з даними МРТ має питому вагу для процесу лікування. Також при виконанні трансвагінального огляду уточнювалась кількість міом тіла матки та їх розташування.

Висновки. Проведення ультразвукової абляції можливе при розташуванні міоматозного вузла в тілі матки; при розмірах міоматозного вузла по передній (65,2%), боковій (17,4%) стінці та в проекції дна тіла матки (4,3%) – 10-101 мм, по задній (13%) – 31-101 мм; за умови, що на шляху ультразвукових хвиль відсутні петлі кишківника.

Протипоказанням до проведення ультразвукової абляції у пацієнток, хворих на міому тіла матки, нами визначені наступні УЗ-критерії: наявність кальцинатів (21,2%) у міоматозному вузлі, розташування міоми в ділянці перешийка та шийки матки (15,3%), субсерозний міоматозний вузол на ніжці (15,3%) та субмукозний міоматозний вузол із наступним ступенем пенетрації >50% (5,8%).

МСКТ ТА МРТ СЕРЕДОСТІННЯ ПРИ МІАСТЕНІЇ

Коломійченко Ю.А.^{1,2}, Вороньжев І.О.¹, Крамний .О.¹, Пальчик С.М.¹

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

²Інститут неврології, психіатрії та наркології АМНУ, м. Харків

Вступ. Міастенія – захворювання, що характеризується порушенням нервово-м'язової передачі та проявляється слабкістю та патологічною втомлюваністю скелетних м'язів. На сьогодні проблемі міастенії приділяється досить велика увага лікарями багатьох спеціальностей, про що свідчать наукові праці, які з'являються у неврології, хірургії, акушерстві та гінекології, а також анестезіології. Труднощі у діагностиці та встановленні правильного діагнозу, а також проведення диференційної діагностики відмічаються як у клініцистів, так і у лікарів-діагностів.

Метою дослідження було виявити та проаналізувати зміни середостіння при міастенії, визначити частоту та вплив різних діагностичних ознак на вибір методу лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 37 пацієнтів, які протягом 2014-2015 років перебували на лікуванні в інституті неврології, психіатрії та наркології АМНУ (м. Харків) з діагнозом "міастенія". Вік пацієнтів — від 13 до 78 років, середній вік склав 45 років. Усім пацієнтам виконано МСКТ органів грудної клітки (6-slice Siemens, 6*1 — 5 мм, товщина реконструйованого зрізу — 1,25 мм, pitch 0,4), 3 пацієнтам додатково проведено МРТ-обстеження (1,5T Siemens, Philips Intera, SAG, TRA, 4 мм).

Результати дослідження. У 22 (59,5%) пацієнтів відмічена норма — жирова клітковина не змінена, вилочкова залоза не візуалізувалася. У 15 (40,5%) пацієнтів у верхньому поверсі переднього середостіння відмічалася вилочкова залоза, яка, за даними КТ, мала щільність від жирової до м'якотканинної (~38-42НУ). Так, у 3 (8,1%) пацієнтів вилочкова залоза мала практично повністю жирову структуру, різний ступінь вираженості жирової дегенерації залози виявлено у 7 (18,9%) пацієнтів, у решти пацієнтів вилочкова залоза мала м'якотканинну структуру.

У 4 (10,8%) пацієнтів відмічена яскраво виражена тимомегалія. Два (5,4%) пацієнти мали м'якотканинні утвори розмірами до 5 см. У однієї (2,7%) пацієнтки (дівчинка 13 років), у якій відмічалася вилочкова залоза, але розміри перебували в межах вікової норми, структура була неоднорідною, за рахунок гіподенсивного вогнища в правій частці розміром до 7 мм.

При проведенні болюсного (у 3 пацієнтів — 8,1%) та в/в струминного (у 4 пацієнтів — 10,8%) контрастування патологічних вогнищ накопичення контрастної речовини не виявлено.

Магнітно-резонансна томографія проведена 3 пацієнтам як додатковий метод обстеження, в 1 пацієнта на КТ відмічена вилочкова залоза однорідної м'якотканинної структури та нормальних розмірів, у двох інших пацієнтів вилочкова залоза мала жирову структуру. При проведенні МРТ у двох пацієнтів із жировою дегенерацією вилочкової залози відмічалася більш чітка її диференціація від навколишньої жирової клітковини, що дало змогу уточнити її розміри; у пацієнта з м'якотканинною структурою вилочкової залози дані були ідентичними.

Обговорення результатів. Усі пацієнти були розділені на три основних групи з огляду на методику лікування:

1) 59,5% пацієнтів, у яких вилочкова залоза не відмічалася та жирова клітковина у передньоверхньому середостінні була незмінена, проходили медикаментозне лікування.

У решти 40,5% пацієнтів вилочкова залоза простежувалася.

2) У 4 пацієнтів відмічена тимомегалія, ще у 3 пацієнтів — наявність утворів. Всі вони підпадають під спостереження з рекомендацією до проведення оперативного лікування.

3) Решта пацієнтів мали вилочкову залозу різних розмірів, як правило, в межах вікової норми, та ступенів жирової дегенерації — всі вони підлягали подальшому спостереженню з імовірним оперативним втручанням у майбутньому.

Найбільший інтерес, на нашу думку, склали пацієнти 3-ї групи, які не мали яскраво виражених показань до оперативного лікування, але діагноз міастенії клінічно було підтверджено.

При більш ретельному аналізі пацієнтів 3-ї групи встановлено, що середній вік був нижчим та складав

30 років, встановлено кореляційний зв'язок між віком та групою ймовірного лікування, який був зворотним та помірно вираженим ($r=-0,59$). У 62,5% пацієнтів 3-ї групи простежувалася вилочкова залоза, у 37,5% чітко не простежувалася, але на рівні передньоверхнього середостіння жирова клітковина була тяжистою, а місцями відмічені залишки тканини, ймовірно, вилочкової залози.

Зміни з боку жирової клітковини у пацієнтів 1 та 2-ї груп, у тому числі за відсутності візуалізації самої вилочкової залози, вірогідно ($p<0,001$) відрізнялися від першої групи, крім того, також спостерігалася вірогідна ($p<0,01$) відмінність між пацієнтами 2 та 3 груп між собою, кореляційний зв'язок між змінами жирової клітковини та групою лікування був сильно виражений (0,73).

Висновки. На основі отриманих даних підтверджено, що вилочкова залоза не є єдиною причиною міастенії. У обстежених пацієнтів була наявність як збільшеної вилочкової залози, так і нормальної за розмірами. Структура вилочкової залози була різною: від м'якотканинної до практично повністю жирової. Тільки у 8,1% пацієнтів були виявлені утвори та у 10,8% яскраво виражена тимомегалія. Наявність змін жирової клітковини у типовому місці може бути використано для вибору методу лікування.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Комаревич Н.А., Абдулаев Р. Я., Батушкин В.В.,
Абдуллаев Р.Р.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Среди наиболее актуальных медико-социальных проблем современной кардиологии важное место занимает инфаркт миокарда (ИМ). Это обусловлено высокими показателями инвалидизации и смертности вследствие осложнений этой патологии. Прогноз зависит не только от состояния гемодинамики левого, а также правого желудочка. Ранее проведенные исследования показывают, что дисфункция правого желудочка (ПЖ) возникает не только из-за нарушения кровотока в правой коронарной артерии, а также обусловлена и другими механизмами. Нарушение функции ПЖ выступает маркером неблагоприятного течения заболевания и приводит к многократному увеличению госпитальной летальности. В связи с этим представляет интерес оценка гемодинамического состояния правого желудочка. Внедрение в клиническую практику доплерэхокардиографии расширило возможности неинвазивным путем определить степень легочной гипертензии, которая нередко развивается вследствие нарушения геометрии ПЖ у больных ИМ левого желудочка (ЛЖ).

Цель исследования. Оценить особенности гемодинамики правых отделов сердца в зависимости от локализации острого Q (+) инфаркта миокарда левого желудочка.

Материалы и методы. Проанализированы результаты эхокардиографии (ЭхоКГ) 69 пациентов с острым Q (+) инфарктом миокарда (ИМ) левого желудочка (ЛЖ) на 7-8-е сутки заболевания. Возраст больных варьировал в пределах 36–69 лет, из них мужчин – 41, женщин – 26. Диагноз острого ИМ устанавливали в