

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Лукьянова И.С., Медведев Г.Ф., Жадан Е.Д.,
Журавель И.А.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

Значительным фактором, определяющим перинатальный исход, является зависимость его от лечебно-организационных мероприятий, поскольку около 60-80% детской инвалидности на сегодняшний день обусловлено перинатальными причинами. В последнее десятилетие значительно увеличилось количество детей малого гестационного возраста, что часто сопряжено с развитием у них тяжелых состояний.

Целью исследования было определить роль ультразвукового обследования новорожденных в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и определить его алгоритм для своевременной диагностики развития неотложных состояний и контроля проведения адекватной терапии.

Материалы и методы. В ОРИТН в 2007–2015 гг. находилось на лечении 2374 ребенка, из них у 28% имела место внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, у 28,8% — респираторные расстройства, у 18,2% — ВПР, у 25% — внутриутробные инфекции. Доношенные дети составили 40,8%, недоношенные — 59,2%. Новорожденным было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование с оценкой кровотока, все исследования проводились по соответствующим показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Одной из основных причин неотложных состояний в раннем неонатальном периоде были внутриутробная гипоксия и тяжелая асфиксия в родах, которые нередко приводили к развитию перинатальных кровоизлияний (ПИВК) различной степени тяжести, перивентрикулярной лейкомаляции. При этом в данной группе новорожденных большую часть составляли глубоко недоношенные дети со сроком гестации менее 32 недель в связи с особенностями церебральной гемодинамики, наличием герминального матрикса, реагирующим на нарушение процессов ауторегуляции мозгового кровотока, развитием субэпендимальных кровоизлияний с дальнейшим их прорывом в полости боковых желудочков и мозговую паренхиму. Важным моментом в обеспечении неонатологической помощи этой категории младенцев были пренатальные данные, свидетельствующие о развитии дистресса, что и диктовало необходимость коррекции акушерской тактики и готовность ОРИТН к немедленному обследованию и лечению новорожденного.

Наши наблюдения показали, что отсутствие сонографических признаков ПИВК в первые сутки после рождения не исключает данный диагноз, так как наиболее оптимальными сроками визуализации ПИВК являются 2-4-е сутки жизни ребенка. Проведение нейросонографии в динамике и доплерографический контроль показателей церебрального кровотока позволяет проводить коррекцию и контроль эффективности лечения.

При выявлении врожденной патологии у плода по данным пренатального УЗИ, особенно заболеваний, требующих немедленного хирургического, нейрохирургического или кардиохирургического лечения, резуль-

таты обследования передавались в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, такая последовательность позволяла наиболее тщательно обследовать детей сразу после рождения, даже в первые часы жизни, и принимать правильное решение о дальнейшей тактике ведения ребенка.

Использование ультразвукового исследования с оценкой кровотока в легочной артерии дает возможность выявления ранних доклинических признаков инфицирования с реализацией внутриутробной пневмонии. Использование ультразвуковых приборов с высокочастотными датчиками позволяет диагностировать НЭК на ранней стадии. Клинические проявления НЭК были диагностированы у 168 детей, которые составили 7,1% от общего количества пациентов отделения. Благодаря раннему выявлению симптомов заболевания у большей части детей (76,2%) лечение начиналось в I стадии, когда явления НЭК были обратимы и не требовали хирургического вмешательства, а III стадия НЭК развилась только у 3,9% пациентов, которые имели другую сопутствующую тяжелую патологию.

Выводы. Выполнение пренатального ультразвукового обследования беременных, включая фетальную эхокардиографию, нейросонографию и доплерографию плацентарного кровотока, позволяет своевременно выявлять патологию у плода. Соблюдение преемственности в работе специалистов УЗИ, ОРИТН и мультидисциплинарных пренатальных консилиумов способствует улучшению диагностики у новорожденного. Оправданы пренатальные рекомендации по срокам проведения УЗ-обследования новорожденных, особенно при выявлении врожденных пороков сердца, нейрохирургической патологии, признаков дистресса плода в стадии декомпенсации, риска реализации у новорожденного внутриутробной инфекции. Динамическое УЗ-наблюдение позволяет выявлять угрожающие неотложные состояния неонатального периода, такие как НЭК на ранних стадиях, и добиваться снижения перинатальной смертности и инвалидизации.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ

Лысенко Н.С.¹, Вороньжев И.А.¹, Крамной И.Е.¹,
Гурьева Т.А.², Пальчик С.М.¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²Городская клиническая больница № 28, г. Харьков

В современной маммологии рак грудной железы (РГЖ) является одной из актуальных проблем, составляя 18-20% от общего количества больных с онкологическими заболеваниями (Рожкова Н.И., 2011; Колесник А.Ю. и соавт., 2014). В настоящее время наблюдается тенденция к «омоложению» контингента больных РГЖ — до 30% женщин с выявленными опухолями моложе 40 лет, причем отмечается ежегодный рост заболеваемости на 1-2%. Маммография (МГ) остается ведущим методом лучевой диагностики патологии грудных желез, в том числе и для раннего выявления РГЖ.

Цель исследования. Уточнение особенностей рентгенологической картины РГЖ у пациенток разного возраста при проведении цифровой маммографии в амбулаторных условиях.

Матеріал и методи. Проведен анализ цифрового маммографического обследования 36 пациенток в возрасте 33-75 лет (средний возраст — 56,2±6,2 года), с предварительным заключением — «новообразование грудной железы». Пациенткам производилась маммография на рентгеновском маммографическом цифровом комплексе в стандартных прямой (краниокаудальной) и косой (медиолатеральной) проекциях. В соответствии с классификацией возрастных периодов и сроком наступления менопаузы (средний возраст — 50,4±2,0 года) обследованных пациенток мы разделили на 3 группы: I — женщины фертильного возраста 33-49 лет (6 чел., 16,7%), II — раннего постменопаузального периода 50-55 лет (10 чел., 27,8%), III группа — пациентки старшего возраста 56-75 лет (20 чел., 55,5%). При обращении 19 (52,8%) из 36 пациенток предъявляли жалобы на пальпируемое образование в грудной железе или отмечали увеличение размеров, уплотнение, гиперемию грудной железы. При проведении МГ у 32 (88,9%) женщин выявлены различные варианты узловой формы РГЖ или подозрение на наличие заболевания (среди которых у 3 обследуемых наблюдался мультицентрический вариант рака), у 4 (11,1%) — диффузная форма РГЖ. После ультразвукового исследования с предварительным заключением «образование грудной железы» всем пациенткам проведена верификация заболевания (пункционная биопсия с гистологическим исследованием).

Результаты исследования. На ультрасонограммах РГЖ проявлялся гипозоногенным образованием с нечеткими, неровными контурами и гетерогенной внутренней эхоструктурой. При доплеросонографии наблюдалась гиперваскуляризация патологического образования. Локализация узловой формы рака наблюдалась следующая: верхненаружный квадрант — 19 (59,3%) пациенток, верхневнутренний — 4 (12,5%), нижненаружный — 3 (9,4%) и нижне-внутренний — 6 (18,8%) пациенток. Основным рентгенологическим признаком узловой формы рака было наличие очаговой тени или участка повышенной интенсивности («образования») размерами от 8х12 до 70х80 мм овоидной, округлой или неправильной формы. В зависимости от возраста выявлены следующие особенности течения РГЖ: у женщин I группы наблюдалась узловая форма РГЖ с четкими контурами, размеры опухолевого образования составляли от 10 до 50 мм, во всех случаях наблюдалось втяжение соска и локальное утолщение кожи пораженной железы. Из 10 пациенток II группы у 7 (70%) выявлена узловая форма РГЖ, размеры образования составляли от 10 до 80 мм, причем у 3 из 7 пациенток имел место мультицентрический вариант рака; отмечалась шаровидная, овоидная или неправильная форма опухоли, вариабельность характера контуров: четкие, ровные; спикурообразные; нечеткие, по типу «хвоста кометы». Микрокальцинаты на фоне образования визуализировались у 3 пациенток; другие косвенные признаки заболевания (конвергенция тяжистых структур, ободок просветления вокруг «узла», втяжение соска и утолщение кожи) в различных сочетаниях определялись у всех обследованных. Диффузная форма рака наблюдалась у 3 (30%) пациенток II группы и проявлялась увеличением размеров железы, диффузным утолщением кожи, нечеткостью структуры железы. У женщин III группы диффузная форма рака имела место в 1 (5,0%) из 20 случаев, у 19 (95,0%) — узловая форма РГЖ в виде образования

размерами от 8 до 40 мм, овальной или округлой формы с четкими контурами и периферическим ободком просветления неравномерной ширины.

Выводы. У обследованных пациенток преобладающей являлась узловая форма РГЖ с характерной локализацией и рентгенологическими признаками. Наиболее вариабельная рентгенологическая картина опухоли наблюдалась у пациенток раннего постменопаузального периода (II группа). Комплексная клинико-лучевая диагностика является эффективным методом выявления рака грудной железы, в том числе на ранней стадии заболевания.

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ТИМІДІНКІНАЗИ І β_2 МІКРОГЛОБУЛІНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЛІМФОЛЕЙКОЗИ

Мазур А.Г.¹, Ткаченко М.М.¹, Миронова О.В.¹, Горіянова Н.В.²

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольца

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»

Мета роботи. Визначити прогностичну значущість пухлинних маркерів (ПМ) тимідинкінази (ТК) і β_2 -мікроглобуліну (β_2 -МКГ), що досліджувались методом радіоімунологічного аналізу (RIA) у хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 87 хворих на ХЛЛ віком від 30 до 78 років (54 чоловіка і 33 жінки) та 18 добровольців. У всіх аналізувалися клініко-гематологічні показники і рівні ТК (норма — 0-5 Од/л) і β_2 -МКГ (норма 1,0-2,4 мг/л) у сироватці крові до початку і після хіміотерапії (ХТ). За класифікацією Binet J.L., стадію А мали 18,4% пацієнтів; стадію В — 59,8%; стадію С — 21,8% хворих. Хворі зі стадією В і С отримували лікування за схемами FC (флударабін + циклофосфамід) або FC-R (флударабін + циклофосфамід + ритуксімаб). Виживаність понад 7 років мали 72,4% пацієнтів; до 5 років — 21,8%, від 3 до 5 років — 3,5%, а смерть протягом року констатована у 2,3%. За результатами лікування пацієнти розподілені на групи: 1-а — з повною нормалізацією клініко-гематологічних показників (29,9%); 2-а — з частковою нормалізацією клініко-гематологічних показників (50,6%); 3-я — резистентні до ХТ (17,2%); 4-а — померли протягом року спостереження (2,3%).

Результати. Встановлено, що початкова ТК не залежала від віку, статі, гематологічних показників і тривалості захворювання. Усі випадки ефективного лікування отримано при її рівнях до 20,0 Од/л, а при значеннях понад 30,0 Од/л пацієнти мали задовільні результати терапії. У 3-й групі активність ТК (медіана 47,3 Од/л) залежала від тяжкості стану, але майже не відрізнялась від рівнів у 4 групі (медіана 51,2 Од/л). Тільки у пацієнтів із повною нормалізацією клініко-гематологічних показників після лікування значення ТК досягали верхньої межі патологічних станів (9,0 Од/л). За відсутності результатів терапії ТК завжди перевищувала 20,0 Од/л, а її зростання до 52,3 Од/л вказувало на прогресію захворювання.

Чим нижчі початкові значення β_2 -МКГ, тим вища вірогідність ефективного лікування і довгострокового виживання. Зниження його вмісту до норми відповідає позитивним результатам лікування, а відсутність нормалізації — прогресуванню захворювання. Ініціальний рівень β_2 -МКГ до 5,0 мг/л визначений у хворих з