

чого населення України. Несвоєчасне виявлення цієї патології може призвести до фатальних наслідків. Однією з основних проблем у виборі тактики та місця подальшого лікування пацієнтів із вогнищевою патологією МЗ є диференціація між доброякісними та злоякісними новоутвореннями. Актуальним завданням є пошук утворень МЗ, що не пальпуються, та ренгеннегативних новоутворень. Пріоритетним значенням у вирішенні цієї задачі є використання новітніх ультразвукових технологій.

Мета дослідження. Оцінити можливості використання сучасних ультразвукових технологій у диференціальній діагностиці вогнищевої патології МЗ.

Матеріали та методи. Обстеження проводились на базі Українського центру томотерапії за допомогою ультразвукової діагностичної системи експертного класу (TOSHIBA Aplio 500 Platinum Series) з використанням мультисканового датчика 10-14 МГц. Для покращення сірошкального відображення використовувались режими ApliPure+ та Precision. Для оцінки васкуляризації використовувались класичні доплерівські режими кольорового та енергетичного картування і доповнювались використанням режимів mSMI та cSMI (Superb Microvascular Imaging). Оцінка жорсткості проводилась за допомогою ультразвукової зсувнохвильової еластографії (ShearWave elastography) та компресійної еластографії (Strain elastography). Виявлення мікрокальцинатів як потенційних маркерів малігнізації новоутворень проводилось за допомогою технології MicroPure. За період травень – червень 2016 р. проведено аналіз 81 випадку виявлення вогнищевої патології МЗ у пацієнток віком від 15 до 73 років (середній вік склав 43 роки). Всі новоутворення були класифіковані за системою US BI-RADS та поділені на групи.

Результати. Першу дослідну групу (контрольна група) склали 64 (79%) пацієнтки з утвореннями категорій US BI-RADS 2 та US BI-RADS 3 (кісти, інтрамамарні лімфатичні вузли, типові фіброаденоми, ділянки вузлової гіперплазії). До другої групи віднесли 10 (12,4%) пацієнток з утвореннями категорії US BI-RADS 4 (утворення з підозрою на злоякісність). До третьої групи віднесли 7 (8,6%) пацієнток з утвореннями категорії US BI-RADS 5 (утворення з високою вірогідністю злоякісності). За даними зсувнохвильової еластографії, показник жорсткості в першій групі коливався в межах 9-16 кПа, в другій групі – в межах 12-110 кПа, в третій групі – в межах 80-170 кПа. За даними компресійної еластографії, коефіцієнт деформації в першій групі склав 1,1-2,3, у другій групі – 1,7-5,5, у третій – коливався в межах 3,7-14. Використання доплерівських режимів mSMI та cSMI дозволило візуалізувати кровотік у 47 (74%) утвореннях у першій групі, 13 (76%) утвореннях другої і третьої груп. Мікрокальцинати були наявні в 4 (40%) утвореннях у другій групі та в 6 (85,7%) утвореннях у третій групі. У другій групі морфологічно (цитологічно або гістологічно) були підтверджені 4 (40%) новоутворення з найбільшою жорсткістю, та всі (100%) утворення в третій групі. 1 біопсія в другій групі та 2 біопсії в третій групі були вторинними через неінформативність попередніх пункцій. У другій групі злоякісними виявились 2 (20%) утворення з жорсткістю 80 та 110 кПа. У третій групі злоякісними виявились всі (100%) утво-

рення. Мамографічне обстеження проведено всім пацієнткам другої та третьої груп. Дані за злоякісний процес були виявлені в 1 (10%) пацієнтки в другій групі та 5 (71,5%) пацієнток у третій групі.

Висновки. Соноеластографія, MicroPure, mSMI та cSMI є перспективними, додатковими методами в діагностиці вогнищевої патології молочних залоз. Впровадження та повсякденне використання цих методик дозволяє підвищити якість обстеження, диференціальної діагностики доброякісних та злоякісних утворень молочних залоз, а також зменшити кількість біопсій та підвищити їх інформативність.

ПУХЛИНИ СЕРЦЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ (ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ)

Шаповалова В.В., Шармазанова О.П.,

Бортний М.О., Закревський А.М.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Вступ. Пухлини серця у дітей до останнього часу були маловивченою галуззю дитячої кардіології, що пояснюється рідкістю даної патології, її надзвичайно поліморфною клінічною картиною і складністю прижиттєвої діагностики. Протягом тривалого часу пухлини серця виявлялися переважно на аутопсії або як випадкова знахідка при кардіохірургічних втручаннях.

У дитячому віці на частку доброякісних пухлин припадає 90% первинних новоутворень, із них 75% — у дітей першого року життя. За частотою поширення вони розташовуються в такому порядку: рабдоміома, фіброма, міксосома, тератома, ангиома і ліпома. Первинні злоякісні пухлини у дітей зустрічаються рідко (близько 8-10%) і представлені тератобластомами, рабдоміосаркомами і фібросаркомами (Зінкомський М.Ф., 2008).

У міру накопичення клінічного досвіду і впровадження в практику нових діагностичних методів дослідження, особливо неінвазивних (ЕхоКГ, МСКТ, МРТ та ін.), з'явилася можливість прижиттєвої, в тому числі пренатальної, діагностики цієї патології. Ці методи дозволяють візуалізувати пухлину, визначити її розміри, форму, локалізацію, внутрішньостінковий (інфільтративний) або внутрішньопорожнинний характер. За даними різних дослідників, уже з 16-20-го тижня внутрішньоутробного розвитку пухлини серця можуть бути виявлені за допомогою ехокардіографії (ЕхоКГ). На сьогоднішній день питома вага пренатальних діагнозів складає 21-27%. А в постнатальному періоді більшість пухлин (72-77%) діагностують у віці до 1 року, що свідчить на користь їх вродженого характеру.

Мета дослідження. Вивчити випадки з практики новонароджених дітей із пухлинами серця.

Матеріали та методи. Представлені спостереження 3 новонароджених із пухлинами серця. Всі діти народилися доношеними. У 2 випадках діагноз було запідозрено пренатально при ультразвуковому дослідженні, в 1 випадку вагітна не перебувала на обліку. Після народження всім дітям була проведена ЕхоКГ як скринінгове дослідження на апараті Logiq book XP, датчик мікроконвексний 4-8 МГц. Всім дітям проведена рентгенографія органів груд-

ної клітки для уточнення стану легень та малого кола кровообігу, форми і розмірів серця.

Результати дослідження. При ЕхоКГ у 2 немовлят визначався одинокий ехопозитивний утвір: в одного — в лівому шлуночку (ЛШ) діаметром 7,8 мм, фіксований до міжшлуночкової перегородки (МШП), який пролабував у просвіт аорти з обструкцією вивідного тракту ЛШ (ВТЛШ); у другого — в правому шлуночку, розмірами 9,2×8,5 мм, із гіпертрофією стінок правого шлуночка і міжшлуночкової перегородки (ТМШП=6,1 мм). В іншій дитини виявлені множинні вузлові утворення в ЛШ та фіксоване до міжшлуночкової перегородки, розмірами від 9 до 18 мм. Скорочувальна здатність серця була збережена. У всіх дітей визначалося функціонуюче овальне вікно (ФОВ) з ліво-правим скиданням і гемодинамічно незначуща артеріальна протока.

При рентгенологічному дослідженні ОГК у всіх дітей визначалася кардіомегалія, куляста форма серця. В одній дитини діагностовано двобічну вогнищево-зливну пневмонію.

Дитина з пухлиною лівого шлуночка з обструкцією ВТЛШ була успішно прооперована, гістологічно підтверджений діагноз міксоми.

Дитина з множинними пухлинами серця була проконсультована генетиком. Після додаткового обстеження був підтверджений діагноз туберозного склерозу з множинними пухлинами (рабдоміомами) серця.

В 1 дитини діагноз рабдоміоми було підтверджено при розтині (основний діагноз – внутрішньотробна інфекція, двобічна пневмонія).

Висновки. Таким чином, ЕхоКГ залишається провідним методом діагностики патології серця у новонароджених, у тому числі й пухлин. Незважаючи на рідкість пухлин серця у дітей, потрібно бути настороженими щодо даної патології, оскільки своєчасно встановлений діагноз дозволяє вчасно провести адекватне лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ НИРКОВОКЛІТИННОГО РАКУ

*Шармазанова О.П., Лисенко Н.С., Солковська О.В.
Харківська медична академія
післядипломної освіти, Україна*

Рак нирки (РП) – одна з найбільш поширених урологічних пухлин, що складає 2-4% від усіх злоякісних новоутворень. У 85% пухлина розвивається з епітелію проксимальних каналців і називається пухлиною Гравица, або нирковоклітинним раком. Широке використання сучасних методів візуалізації привело до значного збільшення частоти випадкового виявлення пухлини нирки. Вважається, що близько 70% усіх випадків раку нирки випадково виявляються в процесі візуалізуючого дослідження з іншої причини. Така тенденція дуже сприятлива,

тому що це дозволяє діагностувати рак нирки на більш ранній стадії без розвитку метастазів. Однак відомо, що рак нирки має високу схильність до метастазування, іноді з непередбачуваними шляхами поширення. Приблизно одна третина вперше виявлених пацієнтів із РП мають метастази. Найбільш часті зони метастазування – легені, кістки, надниркові залози, печінка, головний мозок. У ряді випадків пацієнти звертаються з приводу змін у кістковій або інших системах, не знаючи про наявність первинної пухлини.

Мета роботи: вивчити особливості кісткових метастазів раку нирки.

Матеріал і методи дослідження. Проаналізовано історії хвороби і дані рентгенологічного дослідження (звичайна рентгенографія та МСКТ) кісток 15 хворих на рак нирки з кістковими метастазами, які первинно звернулися зі скаргами на біль у кінцівках і внаслідок цього обмеження їх функції. Первинну пухлину – нирковоклітинний рак – виявили пізніше після додаткових пошуків джерела метастазування. Діагноз верифіковано за допомогою даних пункційної біопсії патологічного вогнища кістки та гістологічного аналізу матеріалу після оперативних втручань. Всі хворі були прооперовані.

Результати дослідження. У всіх пацієнтів при зверненні на рентгенограмах кінцівок були виявлені літичні поодинокі осередки деструкції, в 3 (20,0%) випадках ускладнені патологічними переломами. У 8 (53,3%) хворих визначено ураження нижніх кінцівок: у 5 (33,3%) – стегнової кістки, у 3 (20,0%) – великогомілкової. У 7 (46,7%) встановлено ураження верхнього плечового пояса: у 4 (26,7%) пацієнтів – проксимального відділу плечової кістки, у 3 (20,0%) – лопатки. У 8 (53,3%) пацієнтів при первинному зверненні був встановлений помилковий діагноз: в 3 (37,5%) випадках – гігантклітинної пухлини, у 2 (25,0%) – вогнищевої фіброзної дисплазії, ще у 2 (25,0%) була діагностована первинна інфільтративна пухлина кістки, в 1 (12,5%) запідозрений запальний процес. Помилкові висновки були обумовлені нетиповою локалізацією уражень (лопатка та епіфізи кісток); наявністю в 7 (46,7%) випадках здуття кістки, з них у 3 воно було значне (лопатка та проксимальний епіфіз плечової кістки); значною протяжністю ураження – до 7 см; відсутністю візуалізації коркового шару (2 пацієнти); чітким відокремленням осередка від здорової тканини (4 випадки). Лише у 7 (46,7%) пацієнтів визначалась типова картина солітарного метастазу: центрально розташована ділянка деструкції на рівні метадіафізу кісток розміром до 3-5 см із нечіткими контурами. У 5 (33,3%) пацієнтів за клінічними показаннями спочатку проводили хірургічне видалення метастазу, а потім пухлини нирки, у решта – навпаки.

Висновки. Рак нирки часто метастазує у верхній плечовий пояс і викликає експансивний ріст метастазу зі здуттям кістки значних розмірів.