

Выводы: 1. Хронический мультифокальный небактериальный остеомиелит — редкое воспалительное идиопатическое заболевание костей, поражающее преимущественно детей.

2. Протекает с обострениями, между которыми пациент чувствует себя совершенно здоровым.

3. Длительность заболевания непредсказуемая, от 6 месяцев до 20 лет.

4. Начало коварное, симптомы нетипичны, многие очаги поражения клинически не проявляются. В связи с этим диагноз устанавливается не ранее, чем через 8 месяцев от начала заболевания. Для подтверждения мультифокального поражения рекомендуется проводить МРТ всего тела и сцинтиграфию.

5. Учитывая неспецифические клинические и радиологические признаки заболевания на ранних этапах, показана биопсия для исключения опухолевого процесса, воспалительных заболеваний, болезней крови. Это диагноз «исключения».

6. Основными рентгенологическими симптомами являются остеолитическая деструкция, склероз и гиперостоз.

7. Рентгенолог может первым заподозрить это заболевание, что уменьшит время постановки диагноза, количество ненужных вмешательств и применение антибиотиков.

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Урина Л.К.

*Детская клиническая больница №3,
г. Киев, Украина*

Введение. Боль в коленных суставах нетравматического генеза является одной из частых жалоб в детском возрасте. Основными методами диагностики патологии коленных суставов на первичном этапе являются рентгеновский и ультразвуковой.

Цель — выявление причин болей в коленных суставах у детей и разработка алгоритма обследования этой группы пациентов.

Материалы и методы. За период 2014-2015 гг. в ДКБ № 3 г. Киева было проведено комплексное обследование 80 пациентов (55 мальчиков и 25 девочек). Из них: в возрасте от 6 мес. до 3 лет — 13 пациентов; от 4 до 7 лет — 12; от 8 до 12 лет — 21, от 13 до 18 лет — 34 пациента. Всем больным проведено УЗИ, рентгенография, общие клинические анализы, осмотр специалистов.

УЗИ проводилось на аппарате Logic-200, линейным датчиком 7 мГц. Рентгенография — на цифровом рентгенодиагностическом отечественном аппарате «Индиаграф».

Результаты. При анализе проведенного исследования выделено пять групп пациентов:

1. Пациенты с патологией коленных суставов (16,25%).

2. Пациенты с патологией таза и тазобедренных суставов (27,5%).

3. Пациенты с патологией бедренной кости и костей голени (21,25%).

4. Пациенты с патологией стоп (30%).

5. Пациенты без морфологических изменений (5%).

Выводы. На основании изложенных данных можно сделать вывод, что при жалобах на боли в коленных суставах у детей на этапе первичной диагностики недостаточно обследование только коленных суставов. Патологический процесс может локализоваться в костях таза и тазобедренных суставах, бедренной кости, костях голени и стопах.

Традиционная рентгенография дает возможность оценить структуру костей и суставов, а УЗИ — метод выбора в изучении мягкотканых элементов суставов.

Исследование должно быть комплексным:

1. УЗИ коленных суставов;

2. УЗИ тазобедренных суставов;

3. Рентгенологическое исследование таза и тазобедренных суставов.

4. Рентгенография коленных суставов с захватом нижней трети бедренной кости и верхней трети костей голени для исключения патологической перестройки в месте прикрепления мышц;

5. Осмотр стоп для исключения продольного и поперечного плоскостопия.

РОЛЬ 4D-КТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОПИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕННЫХ АДЕНОМ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Урина М.А.

*Украинский научно-практический центр
эндокринной хирургии, трансплантации
эндокринных органов и тканей, г. Киев, Украина*

Введение. Первичный гиперпаратиреоз — эндокринное заболевание, изначально вызываемое опухолевым или гиперпластическим изменением одной или нескольких околощитовидных желез, приводящее к нерегулируемой гиперсекреции паратгормона, гиперкальциемии и ряду патологических изменений в органах-мишенях, прежде всего костях и почках. Наиболее частой причиной гиперпаратиреоза является одиночная аденома паращитовидной железы (ПЩЖ). Реже, причиной гиперпаратиреоза являются: гиперплазия ПЩЖ, охватывающая, как правило, все железы, рак, киста. Повышение уровня паратгормона способствует усилению активности остеокластов и может привести к остеопорозу. Следующие симптомы не являются специфическими для гиперпаратиреоза, но характерны для гиперкальциемии и включают в себя мышечную слабость, депрессию, утомляемость, тошноту, диспепсию, запоры, боль в костях, мочекаменную болезнь, артериальную гипертензию, в тяжелых случаях кому и смерть. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и радиоизотопное сцинтиграфическое исследование ПЩЖ с использованием радиофармпрепарата Tc-99m-MIBI являются методами выбора для визуализации и определения локализации аденомы. При ложноотрицательных результатах сцинтиграфии и сомнительных данных УЗИ (наличие сопутствующего многоузлового зоба) даже при шейной локализации паратиреоидной аденомы, а также в случаях эктопического расположения аденом ПЩЖ, 4D-КТ может оказаться полезной. Отсутствие эффективных консервативных патогенетических методов терапии оставляет хирургическое удаление патологических паращитовидных желез единственным приемлемым видом лечения.