

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.

Цель исследования — определить возможности и роль 4D-КТ с внутривенным введением контрастного вещества в диагностике эктопически расположенных аденом ПЩЖ.

Материалы и методы. 31 пациенту с повышенным уровнем паратгормона и кальция в крови одновременно проводили УЗИ шеи и 4D-КТ. Группа пациентов состояла из 25 женщин и 6 мужчин. Возраст от 25 до 56 лет. Оценка данных УЗИ и КТ проводилась в сравнении с интраоперационными результатами и гистологическими заключениями.

Результаты. В результате исследования у всех пациентов были выявлены аденомы, из которых в 16 случаях они располагались в типичном месте, в 15 — имели эктопическое расположение. Типично расположенные аденомы ПЩЖ было диагностировано при проведении УЗИ шеи в 15 из 16 случаев, при 4D-КТ — в 16 случаях.

Эктопически расположенные аденомы были выявлены только при помощи 4D-КТ в 14 из 15 случаев. Позадитрахеальное расположение аденом отмечалось в 3 случаях, загрудинное — в 5, позадиключичное — в 1, трахео-пищеводных углах — 4, парааортальное — в 1.

В 1 случае аденома ПЩЖ не была диагностирована даже при 4D-КТ и была найдена в левой доле щитовидной железы интраоперационно.

Выводы:

1. УЗИ является методом выбора в диагностике типично расположенных аденом паращитовидных желез.

2. 4D-КТ демонстрирует высокую диагностическую эффективность в выявлении эктопического расположения аденом паращитовидных желез.

3. По характеристикам контрастного усиления 4D-КТ позволяет отличить аденомы паращитовидных желез от лимфатических узлов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ EASL ВЕДЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Федусенко А.А.¹, Дынник О.Б.²,

Жайворонок М.Н.³, Федусенко А.А.⁴ (младший)

¹ГУ «Национальная академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика», кафедра лучевой диагностики, г. Киев, Украина

²ГУ «Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины», г. Киев, Украина

³Медицинское научно-практическое объединение «МедБуд», г. Киев, Украина

⁴ГУ «Запорожский государственный медицинский университет», кафедра лучевой диагностики, г. Запорожье, Украина

Введение. Доброкачественные новообразования печени (ДНП) представляют собой группу очаговых поражений с различным клеточным происхождением, обобщены международной группой экспертов в 1994 г. ДНП, как правило, обнаруживаются случайно в результате широкого использования методов визуализации (УЗД, МДКТ, МРТ) и чаще имеют доброкачественное течение. Некоторые ДНП нередко имеют большую клиническую значимость, требуя дифференцированного подхода к тактике ведения и лечения.

Цель рекомендаций — представить современный алгоритм для практической диагностики и ведения наиболее распространенных ДНП: печеночной гемангиомы (ПГ), фокальной нодулярной гиперплазии (ФНГ) и гепатоцеллюлярной аденомы (ГЦА). Оценить положительные и отрицательные аспекты использования основных диагностических модальностей (УЗД, МДКТ, МРТ), различных эхо-, рентген- и МР-контрастных препаратов (КП).

Печеночная гемангиома (ПГ). У пациентов при отсутствии диффузных поражений печени (ДПП, хронические гепатиты, гепатоз) гиперэхогенные очаги при УЗД с большой вероятностью являются ПГ. Даже при типичных соносемиотических признаках, нативной УЗД недостаточно для окончательной постановки диагноза. У онкологических больных или пациентов с сопутствующим ДПП необходима визуализация с в/в контрастным усилением: УЗД, МДКТ или МРТ. Визуализационная диагностика с в/в контрастным усилением основана на типичном перфузионном паттерне (периферическое и лакунарное накопление КП в артериальную фазу с последующим центрипетальным насыщением в отсроченную фазу). МРТ обеспечивает дополнительными визуализационными данными: интенсивность МР-сигнала на T1ВИ, T2ВИ и DWI.

Фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ). При комбинации типичных семиотических признаков, все визуализационные модальности, выполненные с в/в контрастированием (УЗД, МДКТ, МРТ) могут диагностировать ФНГ практически со 100% специфичностью. МРТ имеет высокую диагностическую эффективность (метод выбора). Наивысшая диагностическая точность усиленной УЗД достигается в ФНГ при размере <30 мм. Для типичных ФНГ последующее визуализационное динамическое наблюдение не требуется. Если визуализация ФНГ не типична или пациент симптоматический, тактическое решение принимает междисциплинарная врачебная комиссия (МВК). Неубедительные случаи с точки зрения визуализации, подозрительные на ФНГ, диаметром >30 мм подлежат биопсии.

Гепатоцеллюлярная аденома (ГЦА). Показатели диагностической информативности (ПДИ) МРТ превосходят все другие визуализационные методы (возможность обнаружения жира и сосудистых пространств). МРТ до 80% случаев дает возможность высказаться о подтипе ГЦА. Дифференциация HNF-1 α ГЦА от воспалительной ГЦА достижима с помощью МРТ с >90% специфичностью. Дифференциация β -катенин активированной ГЦА, неклассифицируемых ГЦА и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦР) любыми методами визуализации невозможна. Вопросы лечения ГЦА решаются в зависимости от пола, размера и характера прогрессирования очага. Резекция ГЦА у мужчин (β -катенин с мутацией) рекомендуется в любом случае независимо от их размера из-за чрезвычайно высокого риска малигнизации. Тактика у женщин: рекомендуется наблюдение в течение 6 мес. после изменения образа жизни (снижение веса, отмена пероральных контрацептивов). Резекция показана при образованиях ≥ 50 мм, которые продолжают расти. У женщин, имеющих очаги <50 мм, показана контрольная визуализация через 1 год с целью переоценки дальнейшей тактики. При кровотечении с гемодинамической нестабильностью,