

(6 місяців). Категорію BI-RADS 4 – підозріла патологія (ймовірність РМЗ від 2 до 90%) — визначено у 141 обстеженої жінки; категорію 5 – висока підозра на малігнізацію (ймовірність РМЗ 90%) – у 76 жінок; категорію 6 – гістологічно верифікований рак – у 39. Оцінку мамограм проводили з урахуванням щільності молочних залоз (ARS), де А – переважно жирова тканина; В – тканина залози складається з окремих фіброзно-залозистих елементів; С – гетерогенна щільність молочної залози; D – висока щільність залози.

Система BI-RADS успішно застосовується (а в деяких є обов'язковою) в більшості розвинених країн, що доводить її актуальність та практичну цінність. Її застосування забезпечує послідовність оптимальних лікувально-діагностичних заходів при динамічному нагляді пацієнток у різних спеціалістів, різних лікувальних закладах та різних країнах. Таким чином, постає необхідність застосування системи BI-RADS і в Україні як медичного стандарту світового рівня.

### ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ВИЛЬСОНА–МИКИТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Вороньжев И.А., Коломийченко Ю.А.,  
Шаповалова В.В., Сорочан А.П., Пальчик С.М.  
Харьковская медицинская академия  
последипломного  
образования, г. Харьков, Украина*

**Вступление.** Одной из частых причин смерти детей раннего возраста являются легочные поражения, среди которых синдром Вильсона–Микити относится к одним из самых тяжелых. Частота этого синдрома не установлена, развивается он у детей гестационного возраста менее 32 недель, с массой тела менее 1500 г. Рентгенодиагностика изменений в легких при данном синдроме является одной из актуальных проблем современной педиатрии и рентгенологии.

**Цель работы** — изучить рентгенологическую и КТ-картину изменений в легких при синдроме Вильсона–Микити у недоношенных новорожденных.

**Материалы и методы.** Изучены рентгенограммы органов грудной клетки (ОГК) 12 детей до 1 года (9 мальчиков и 3 девочек), лечившихся с диагнозом «Респираторный дистресс-синдром». Асфиксия тяжелой степени. Пневмония?». Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное исследование, а также УЗИ сердца и головного мозга. У всех детей рентгенография ОГК выполнялась в динамике. Компьютерная томография ОГК проводилась 7 больным (58,3%). В 66,7% случаев диагноз подтвержден на вскрытии.

**Результаты.** При анализе обзорных рентгенограмм ОГК самым частым признаком было усиление и деформация легочного рисунка, обусловленные пневмофиброзом (100% случаев), у 66,7% больных изменения были более выражены в медиальных отделах легких. В 83,3% случаев отмечался гиперпневматоз легких, преимущественно в базальных отделах. При более тяжелом течении обнаружены линейные фиброзные тяжи (41,7%) и плевро-пульмональные шварты (25%). У 16,7% больных визуализировался дисковидный ателектаз в верхней доле. Инфильтрация преимущественно в верхней доле справа определялась в 58,3% случаев. По данным КТ

линейные субплевральные фиброзные тяжи отмечались у 58,3% больных; эмфизематозные буллы в 50% случаев; снижение прозрачности легочной паренхимы в виде матового стекла, обусловленное утолщением альвеолярного интерстиция, – у 41,7% исследованных; симптом «воздушной ловушки», который свидетельствовал о задержке воздуха в участках легких, их избыточном растяжении, – в 25% случаев; зоны повышенной прозрачности легочной паренхимы (симптом «мозаичности легких») — у 16,7% детей. При доплер-эхокардиографии у всех пациентов определялись признаки легочной гипертензии.

**Выводы.** Рентгенологический метод исследования является основным в выявлении изменений в легких у детей с синдромом Вильсона–Микити и позволяет установить характер и степень распространения процесса, динамику и эффективность проводимого лечения.

### ДИАГНОСТИКА КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ЛЕГКИЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Вороньжев И.А., Чурилин Р.Ю., Лысенко Н.С.,  
Мамиконова Н.А., Алтухов А.Л.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина*

**Вступление.** Одной из наиболее частых причин смерти детей раннего возраста являются легочные поражения, среди которых кровоизлияния относятся к одним из самых тяжелых. По данным литературы массивные кровоизлияния в легкие выявляются на секции у 15% детей, которые умерли на протяжении первых 2 недель жизни. Обычно кровоизлияния осложняют течение легочных инфекций и респираторного дистресс-синдрома, которые проявляются в том числе и асфиксией. Рентгенодиагностика кровоизлияний в легкие у детей раннего возраста является одной из актуальных проблем современной педиатрии и рентгенологии. Рентгенологическая картина изменений в легких при данной патологии малоизученна, часто трактуется противоречиво, и данные о ней в отечественной и зарубежной литературе немногочисленны.

**Цель работы** — изучить рентгенологическую и КТ-картину кровоизлияний в легкие у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Изучены рентгенограммы органов грудной клетки 32 умерших детей до 1 года (19 мальчиков и 13 девочек), лечившихся с диагнозом «Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС, тяжелое течение, краниоспинальная родовая травма. Асфиксия тяжелой степени. Респираторный дистресс-синдром. Пневмония?». Всем больным при жизни проводилось полное клинико-лабораторное исследование, а также УЗИ сердца и головного мозга, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника. У 28,1% детей рентгенография органов грудной клетки (ОГК) выполнялась в динамике. Компьютерная томография ОГК проводилась 5 (15,6%) больным.

**Результаты.** Наиболее характерными рентгенологическими признаками кровоизлияний в легкие были в 46,9% случаев очаговоподобные тени (3-