

ры и дает клиницистам многогранную и наиболее целостную картину патологических процессов органов у одного и того же пациента одномоментно, избавляя от многочисленных посещений разных диагностических процедур, сокращая тем самым материальные и временные затраты.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У НЕМОВЛЯТ

Євтух В.П., Пастернак О.В., Коник М.В.
Кафедра променевої діагностики ФПДО ЛНМУ
(зав. каф. проф. Іванів Ю.А.), Медичний центр
НОВО, Львівська обласна клінічна лікарня,
м. Львів, Україна

Вступ. Удосконалення МСКТ-ангіографії дозволяє значно покращити візуалізацію серця і судин у немовлят. Останні дослідження свідчать про високу чутливість і специфічність методу при використанні 160-зрізового комп'ютерного томографа, що є ефективним доповненням до переліку необхідних діагностичних процедур у дітей із клінічно діагностованими вадами розвитку серця (ВРС).

Мета — на підставі власного досвіду оцінити переваги і провести аналіз нових можливостей 160-зрізової мультиспіральної комп'ютерної томографії в діагностиці аномалій і вад розвитку серцево-судинної системи у немовлят.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 6 немовлят з підозрою на критичні вроджені вади серця на 160-зрізовому комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion Prime із товщиною зрізу 0.5 мм, розрізняльною здатністю 310 мікрон, застосуванням контрасту томогексол 350.

Результати досліджень. Проаналізовано МСКТ-ангіографії 6 немовлят з ВРС, обстежених протягом 1 року: від 01.02.2016 р. до 01.02.2017 р., з яких 1 — з аномальним відходженням правої коронарної артерії від легеневого стовбура (ARCAPA), 3 з частковим аномальним дренажем легеневих вен (PARVC), 2 — з повним аномальним дренажем легеневих вен (TARVC). У цих двох пацієнтів виявлено додаткові аномалії: в одного вдалося візуалізувати аномальне відходження лівої легеневої артерії від аорти, а в другого — атрезію стовбура легеневої артерії.

Усі виявлені аномалії при попередніх ехокардіографічних обстеженнях або не були виявлені, або лише запідозрені на підставі непрямих ознак. Зокрема, ARCAPA — це рідкісна серцева вада, описана в літературі не більше, ніж у 80 випадках. Наш пацієнт, як і більшість з ізольованою ARCAPA, не мав виражених клінічних проявів завдяки повноцінним міжкоронарним колатералям, які нам вдалося добре візуалізувати.

У решти обстежених пацієнтів із ВРС виявлено два типи аномального дренажу легеневих вен: частковий (PARVC) і тотальний (TARVC). PARVC трапляється у 0,5% випадків вроджених вад серця, TARVC — в 1-2% випадків вроджених вад серця. Виділяють 4 варіанти TARVC: супракардіальний (50%), коли кров дрениується в одну з безіменних вен (брахіоцефальних вен) чи верхню порожнисту вену; кардіальний (20%), коли кров дрениується у венозний синус чи безпосередньо у праве передсердя; інфрадіафрагмальний (20%), коли кров дрениується в портальну

або печінкові вени; змішані варіанти (10%), основні з яких було виявлено в наших хворих. У наших пацієнтів з TARVC виявлено супракардіальний та інфрадіафрагмальний варіанти.

Виявлені нами анатомічні особливості вроджених вад серця у немовлят мали вирішальне значення для планування хірургічної корекції та були верифіковані під час операцій.

Висновок. Хоча ехокардіографія є основним і швидким методом неінвазивної діагностики ВРС, у складних випадках доцільно застосовувати МСКТ з 3-вимірними реконструкціями. З метою оцінки аномалій коронарних артерій і аномального дренажу легеневих вен лише МСКТ дає можливість в повному обсязі проаналізувати анатомічні особливості, що має вирішальне значення для планування хірургічної тактики. Крім серця, цей метод дозволяє оцінити стан аорти, її гілок, малого кола кровообігу і венозної системи великого кола кровообігу.

ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДЧАСНОГО ЗАКРИТТЯ НАРОСТКОВОЇ ЗОНИ ДОВГИХ КІСТОК У ДІТЕЙ

Єршов Д.В.¹, Хмизов С.О.¹, Рокутов В.С.²

¹ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка

НАМН України», м. Харків, Україна

²КЗ «ДКОШМД» ДОР, м. Дніпро, Україна

Вступ. Передчасне закриття наросткової зони (ПЗНЗ) довгих кісток є тяжким ускладненням, що може розвиватись унаслідок дії різних патологічних чинників: травма, інфекційні процеси, вплив радіаційного опромінення, порушення мікроциркуляції в епіметафізарній зоні, гіпервітаміноз за групою А, ушкодження термічним чинником, при пухлинах, захворюваннях крові та через дію ятрогенного чинника.

Виділяють фіброзну та кісткову форми ПЗНЗ, що, по суті, відображає стадійність процесу. Наслідки ПЗНЗ характеризуються порушенням поздовжнього росту кістки, що призводить до вкорочення або формування кутової епіметафізарної деформації кістки. Чим менший вік дитини, тим більш виражені ускладнення, тому рання діагностика є важливою складовою їх профілактики. Запропоновано багато методик діагностики ПЗНЗ довгих кісток у дітей: рентгенографія, томографія, скінтиграфія та КТ-дослідження, проте на сьогодні питання діагностики та лікування ПЗНЗ довгих кісток залишається недостатньо вирішеним.

Мета — провести аналіз ефективності діагностики ПЗНЗ у дітей за даними матеріалів дитячого ортопедичного відділення ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України».

Матеріали та методи. За даними аналізу історій хвороб і даних променевих досліджень пацієнтів, що проходили лікування з 2009 по 2016 рік, виявлено 18 пацієнтів (10 — ♂ та 8 ♀), в яких авторами діагностовано ПЗНЗ. Середній вік пацієнтів становив 9 років 5 міс. (від 3 до 16 років). Середній період спостереження за пацієнтами становить 2 роки 3 міс. Етіологічна структура захворюваності: 55,6% пацієнтів перенесли неонатальний сепсис, у 27,8% пацієнтів виявлено хворобу Ерлахер-Блаунта (V-VI ст. за Langenskiöld), у 11,1% відзначена травма та у 5,6% діагностовано доброякісну пухлину кістки. У всіх хворих проведений аналіз історій хвороб та даних променевих методів дослідження (рентгенограми, дані КТ, МРТ) в динамі-