

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 (PAPVC), 2 — з повним аномальним дренажем легеневих вен (TAPVC). 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 (PAPVC) і тотальний (TAPVC). PAPVC трапляється у 0,5% випадків вроджених вад серця, TAPVC — в 1-2% випадків вроджених вад серця. Виділяють 4 варіанти TAPVC: 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 TAPVC 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.<sup>1</sup>, Хмизов С.О.<sup>1</sup>, Рокутов В.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка

НАМН України», м. Харків, Україна

<sup>2</sup>КЗ «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-

ці для визначення характеру ортопедичних порушень (вкорочення/деформація/комбінація за-значених порушень), термінів діагностики ПЗНЗ та методів, що для цього використані.

**Результати.** За анатомічною локалізацією: у 5,6% відзначено ПЗНЗ дистальної наросткової зони великогомілкової кістки, у 77,7% пацієнтів виявлено ПЗНЗ кісток колінного суглобу (стегнової та великогомілкової) та ще у 16,7% відзначено ураження проксимальної наросткової зони плечової кістки.

У досліджуваній категорії пацієнтів відмічались: вкорочення довгих кісток — у 22,2%, фронтальні епіметафізарні деформації великих суглобів (колінного, над'яtkового) — у 55,6%, комбінація зазначених патологічних змін визначена у 22,2%. Середня кількість хірургічних втручань у розрахунку на 1 хво-рого становила 2,94. Діагностика та оцінка ортопедичної патології в динаміці у всіх пацієнтів проводилась із використанням рентгенографії в 2 проекціях та додатково у 7 (38,8%) пацієнтів із використанням комп'ютерної томографії. В досліджуваній групі тільки у 4 (22,2%) пацієнтів проводилось МРТ-дослідження (у SPGR-последовності) для визначення протяжності ПЗНЗ та подальшого планування хірургічного втручання. Під час аналізу історій хвороб відзначено відсутність діагнозу ПЗНЗ у 14 (77,8%) пацієнтів, що свідчить про відсутність діагностики зазначеної патології. Хірургічні втручання були у більшій частині випадків спрямовані на корекцію деформації чи довжини ураженої кістки, для чого виконувалась коригуюча остеотомія із наступною фіксацією в апараті зовнішньої фіксації.

**Висновки.** Незважаючи на рідкість формування ПЗНЗ у дітей зазначена патологія є складною та супроводжується вираженими порушеннями розвитку довгих кісток. Результати проведеного аналізу свідчать про низький рівень діагностики зазначеної патології у досліджуваній групі пацієнтів, що, найімовірніше є свідченням недостатньої обізнаності щодо цієї патології серед лікарів — ортопедів-травматологів та рентгенологів. Рання діагностика та диференційний підхід до вибору методу хірургічного втручання має стати основою успішного лікування таких пацієнтів.

#### ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ФОРМИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ГІДРОКОЛОНОСОНОГРАФІЇ

Жайворонок М.М.<sup>1</sup>, Динник О.Б.<sup>2</sup>,  
Федусенко О.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медичне науково-практичне об'єднання  
«МедБуд», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця  
НАН України», м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Кафедра променевої діагностики,  
НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Вступ.** Захворюваннями товстої кишки страждають від 14 до 70% пацієнтів працездатного віку. Частіше хворіють жінки, аніж чоловіки, у співвідношенні 2.3:1. Хвороби можуть розпочинатися в дитячому віці, але дебют хвороби відбувається в третє чи четверте десятиріччя життя. У сучасній науковій літературі робіт, які вивчають ультразвукові особливості

будови товстої кишки з урахуванням конституціональних особливостей, замало.

**Мета.** Вивчити за допомогою трансабдомінальної ультразвукової гідрокколоносонографії (ТУЗГ) індивідуально-типологічні форми ободової кишки.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 142 пацієнти віком від 13 до 72 років. Ультразвукові дослідження (УЗД) проводилися на апаратах Esaote Seven, Philips HD 11 та Radmir Ultima PA з мультисекторними конвексними 3,5-5 МГц та лінійними датчиками 7-12 МГц. Застосовували технології покращення В-зображення. Обстеження товстої кишки проводили після очищення напередодні. Використовували класичну методику трансабдомінального обстеження товстої кишки з наповненням її діагностичним розчином 500-700 мл дегазованої води.

**Результати та їх обговорення.** Суб'єктивно введення розчину в товсту кишку пацієнтами переносилося задовільно. При УЗД було виділено три основні форми ободової кишки: П-подібна, М-подібна та Z-подібна. Товста кишка при виявлених формах також може утворювати додаткові петлі із будь-яких відділів ободової кишки. Петлеподібні форми частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків. При П-подібній формі товстої кишки ліва та права частини ободової кишки знаходяться у відповідних бокових ділянках черевної порожнини паралельно серединній лінії, а попереково-ободова кишка розташована в епігастральній ділянці в поперечному, або косому положенні. М-подібна форма — попереково-ободова кишка опущена в мезогастральну або гіпогастральну ділянку. При Z-подібній формі товстої кишки сигмоподібний та низхідний відділ ободової кишки утворюють вигин у вигляді латинської букви Z, селезінковий кут зазвичай гострий, а попереково-ободова кишка розташована в епігастрії в поперечному положенні. Під час обстеження пацієнтів у 59,1% випадків була виявлена П-подібна форма товстої кишки, М-подібну форму товстої кишки спостерігали в 33,6% випадків, а Z-подібна форма була виявлена у 6,3% випадків.

**Висновок.** Сьогодні основними методами діагностики індивідуальних форм товстої кишки є рентгенологічний та, меншою мірою, ендоскопічний. ТУЗГ може застосовуватися не менш ефективно, особливо враховуючи відсутність променевого навантаження, ендоскопічної травми та позитивного ставлення пацієнтів до УЗД. Знання форм товстої кишки може допомогти вирішити ряд питань, що пов'язані із синдромом подразненої товстої кишки та хронічними захворюваннями.

#### ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК З РІЗНОЮ МАМОГРАФІЧНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ

Заможська Е.В.<sup>1</sup>, Шаповалова В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра радіології та радіаційної  
медицини ХНМУ, м. Харків, Україна

<sup>2</sup>Кафедра променевої діагностики ХМАПО,  
м. Харків, Україна

**Вступ.** Одним із важливих чинників у зниженні смертності від раку грудної залози (РГЗ) залишається його раннє виявлення. Діагностика раннього РГЗ неможлива без використання променевих методів діагностики. Кожен із променевих методів має як певні переваги, так і низку обмежень, пов'язаних із