

~154 тижні, у групі ІВ — ~52 тижні. Ранній рецидив констатовано у 5 хворих (33,3%), пізній — у 10 (66,7%). Ініціальний рівень ТК був підвищений у пацієнтів всіх груп. Пацієнти з досягнутою ремісією мали нижчі ініціальні значення ТК (<20 Од/л), ніж резистентні хворі. Після завершення індукції ремісії відмінності середніх значень ТК стали помітними у усіх групах. На відміну від пацієнтів груп ІА (з суттєвим зменшенням ТК) і ІБ (незмінна ТК) у хворих групи ІВ спостерігалось зниження рівня ТК після завершення І фази індукції ремісії без подальших її змін. Стійка тенденція її зменшення протягом лікування до граничних значень (5,0-9,0 Од/л), дає підстави віднести таких пацієнтів до групи зі сприятливим прогнозом перебігу захворювання. До групи середнього ризику належать особи з ініціальними значеннями $Tk \leq 20,0$ Од/л, а в ремісії $\geq 10,0$ Од/л, що може прогнозувати рецидив захворювання. Хворим рекомендувалася інтенсивніша ХТ, ніж для пацієнтів зі сприятливим прогнозом. Первинна концентрація $Tk \geq 20,0$ Од/л є ознакою несприятливого прогнозу і свідчить про високу вірогідність розвитку первинної резистентності до ХТ. Відсутність нормалізації ТК після ХТ свідчить про неповну ерадикацію лейкоемічного клону і підтверджує необхідність продовження лікування, незважаючи на повну нормалізацію гематологічних показників.

Ініціальний рівень β_2 -МКГ був значно підвищений тільки в групі ІБ. При повній ремісії його рівень знижувався, але не досягав норми. У резистентних хворих спостерігалось зменшення цього ПМ не більше 5%. Середні значення ТК та β_2 -МКГ знижувались в процесі індукції ремісії в групі ІА, не змінюючись в групі ІВ. У групі ІБ, навпаки, їх рівні спочатку знижувались після завершення І-ї фази індукції ремісії, а потім знову зростали до істотних даних по завершенні ХТ. Збільшення показників ТК і β_2 -МКГ в періоді індукції ремісії до значень $\geq 20,0$ Од/л та $\geq 11,0$ мг/л відповідно є ознакою несприятливого прогнозу.

Рівень ТК у пацієнтів групи ІА після завершення консолідації ремісії знаходився в межах норми, а в групі ІВ був граничним, хоча статистично не відрізнявся від середніх значень групи ІА. В період рецидиву спостерігалось значне ($\geq 20,0$ Од/л) підвищення рівня ТК, що свідчило про перехід захворювання до стадії неконтрольованого перебігу.

У більшості хворих групи ІА з ремісією встановлено статистично достовірне зниження до норми β_2 -МКГ, але у деяких пацієнтів його рівень був вище контрольного, що вірогідно характеризує ступінь повноти ремісії. Середні значення β_2 -МКГ у групі ІВ майже у 2 рази перевищували показники групи ІА і в періоді підтримуючої терапії були теж значно вищими. У період рецидиву спостерігалось підвищення β_2 -МКГ $\geq 9,0$ мг/л, що свідчило про значне порушення функції нирок унаслідок ХТ.

Таким чином, при ГЛЛ ТК є незалежним прогностичним фактором, а β_2 -МКГ можна застосовувати як критерій контролю за повнотою ремісії і ранньої діагностики рецидивів. Чим нижче ініціальні рівні ТК і β_2 -МКГ, тим вище вірогідність отримання клініко-гематологічної ремісії. При неповній ремісії вміст ТК і β_2 -МКГ ніколи не досягає норми. Відсутність нормалізації рівнів ТК і β_2 -МКГ після лікування прогнозує прогресування захворювання в найближчі терміни.

МСКТ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ДИНАМІЧНОМУ СУПРОВОДІ КРАНІОСТЕНОЗІВ

Маховський С.В., Робак О.П.,

Гарматіна О.Ю., Гетьман А.М.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Краніостеноз – передчасне закриття одного чи декількох черепних швів, що призводить до візуальної деформації черепа. Об'єктивним рентгенологічним симптомом синостозу черепного шва є відсутність його візуалізації на рентгенограмах та МСКТ.

Мета роботи – визначення рентгеносеміотики деформацій мозкового черепа при краніостенозах та післяопераційного супроводження пацієнтів з вказаною патологією.

Матеріали та методи. В динаміці було досліджено 93 хворих у віці 3-11 місяців. Кожному хворому виконувалось МСКТ з 3D-реконструкцією як у до, так і в післяопераційному періоді.

Результати та їх обговорення. У наших дослідженнях найбільш часто спостерігалась скафоцефалія (черепа мав доліхоцефалічну форму внаслідок раннього синостозу сагітального шва). При двосторонньому коронарному синостозі спостерігалась брахіцефалія (укорочення сагітального розміру, широкий череп). При тригоцефалії череп мав килеподібну форму в медіальних відділах лобної луски. При односторонній коронарній аномалії спостерігалось сплюснення лобної кістки на боці ураження, деформація орбіти та носової перетинки. Односторонній ламбдоподібний синостоз був діагностований в одному випадку. Вибір хірургічного втручання залежав від визначення форми краніостенозу. Найбільш часто використовувались краніотомічні операції з утворенням кісткових дефектів та ремоделюючі операції в складних випадках.

Висновки. МСКТ із використанням «кісткового вікна», багатоплощинного сприйняття з 3D-реконструкцією дає можливість просторового об'єктивного бачення вад кісток розвитку мозкового черепа та динамічного спостереження в післяопераційному періоді.

МОЖЛИВОСТІ ДИНАМІЧНОЇ СЦИНТИГРАФІЇ У ВИЯВЛЕННІ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Миронова О.В., Ткаченко М.М., Мазур А.Г.

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Останнім часом значну увагу лікарів-гастроентерологів привертає рефлюксна хвороба, основним патогенетичним фактором якої є порушення моторно-евакуаторної функції шлунка і 12-палої кишки. За даними статистики у 60% хворих хвороба проявляється гастроєзофагеальним рефлюксом (ГЕР) або дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), викликаючи тяжкі рефлюкс-езофагити, рак дистального відділу стравоходу, рефлюкс-гастрити або виразку пілоричного відділу. В останні роки для дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) все частіше застосовується езофагогастросцинтиграфія (ЕФГС), яка є «золотим стандартом» у виявленні його функціональних порушень.

Мета — встановити діагностичні можливості ЕФГС в виявленні рефлюксної хвороби при різній патології верхніх відділів ШКТ.

Матеріали. Обстежено 104 пацієнти (60 чоловіків і 44 жінки) віком від 14 до 72 років (середній вік $46,5 \pm 3,5$) з різною патологією верхніх відділів ШКТ. Контрольну групу склали 14 осіб без патології ШКТ. Більшість хворих мали виразкову хворобу (ВХ) — 27 (26%) та функціональну диспепсію (ФД) — 24 (23,1%). Хворих з хронічним гастритом (ХГ) — 21 (20,2%) та холециститом (ХХ) — 19 (18,3%). З ерозією та варикозним розширенням вен — 5 (4,8%), раком шлунка — 5 (4,8%) та раком стравоходу — 3 (2,8%).

Методика проводилась на гамма-камері ОФЕКТ-1 з радіофармпрепаратом (РФП) ^{99m}Tc -пертехнетатом активністю 1 МБк/кг. Гомогенний розчин РФП у 150 мл молочнокислого продукту (ряжанка) вводили пер ос в два етапи натщесерце. Променеве навантаження в середньому не перевищує 1 мЗв. Дослідження виконували в положенні хворого сидячи протягом 30 хвилин. Детектор гамма-камери розташовували паралельно передній поверхні тіла під кутом 45°. Поле зору детектора включало глотку, стравохід, шлунок та верхні відділи кишечника. Результати оцінювались якісно і кількісно. Першим етапом ЕФГС є езофагосцинтиграфія (ЕФС) протягом 20 секунд (1 кадр/с) з отриманням зображення стравоходу на екрані ЕОМ після максимального ковтка РФП. Аналізувались його розташування, проходимість, контури, звування (розширення), відхилення, затримка РФП та наявність ГЕР. При кількісному аналізі вибирались зони інтересу: верхня, середня, нижня третини стравоходу, кардіальна частина шлунка з отриманням кривих розподілу в них РФП та математичним розрахунком езофагеального транзитного часу, кліренсу стравоходу, середньої швидкості проходження РФП по стравоходу, часу появи ГЕР. На другому етапі пацієнт приймав залишок розчину з РФП, після чого запис інформації здійснювався з експозицією 1 кадр/хв. Оцінювались форма, контури і тонус шлунка, моторно-евакуаторна функція, наявність ДГР. У зони інтересу входили кардіальна та привратникова частини, тіло шлунка і кишечник.

Сцинтиграфічними ознаками як ГЕР, так і ДГР вважались протифазні зміни кривих на відповідному часі дослідження: ГЕР — із нижньої третини стравоходу та кардіальної частини шлунка на відповідній секунд (понад 4-5% активності шлунка вважалося патологічним). ДГР — із пілоричного відділу шлунка та 12-палої кишки на відповідній хвилині.

Результати дослідження. Криві динаміки розподілу РФП зі вказаних зон стравоходу та шлунка дозволили отримати наступну інформацію по рефлюксам: ГЕР був виявлений у 56 (53,8%) обстежених. Найбільша кількість у пацієнтів з ФД — 21 (20,2%), з ВХ — 19 (18,3%). У меншій мірі у пацієнтів із ХГ — 9 (8,6%), із ХХ — 5 (4,8%), із раком стравоходу 1 (1,0%) і з раком шлунка — 1 (1,0%). ДГР був виявлений у 46 обстежених. Переважно це були хворі на ВХ — 21 (20,2%), ХХ — 10 (9,6%). З іншою патологією верхніх відділів ШКТ ДІР встановлений у пацієнтів з ХХ — 8 (7,6%), ХГ — 6 (5,8%) та РШ у всіх 5 (4,8%). Тільки у 24 обстежених змін з боку моторно-евакуаторної функції верхніх відділів ШКТ не було виявлено. Це всі пацієнти з ерозією та варикозним розширенням вен, 11 з ХХ і один з раком стравоходу.

Таким чином, головними перевагами ЕФГС є легкість виконання, неінвазивність, невелике променеве навантаження в порівнянні з рентгенологічним методом, вірогідне кількісне підтвердження наявності ГЕР та ДГР. Це свідчить про можливість заміни рентгенологічного методу сцинтиграфічним у виявленні рефлюксної хвороби при різній патології верхніх відділів ШКТ.

КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ СТУПЕНЯ ПОШКОДЖЕННЯ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА ПРИ ПЛАНУВАННІ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Михальченко О.М., Євсєєнко В.Г.

Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, м. Київ, Україна

Вступ. Наразі, досягти повноцінного відновлення функції плечового суглоба при пошкодженні сухожилків ротаторної манжети плеча можливо лише після хірургічного втручання. Успіх оперативного лікування залежить від багатьох чинників. Оцінка варіантів пошкодження сухожилків та дегенерації м'язів ротаторної манжети плеча на доопераційному етапі за допомогою магнітно-резонансної томографії дозволяє оцінити показники спроможності анатомічного відновлення структур ротаторної манжети плеча. Точна оцінка об'єму надостьового м'яза є дуже важливим елементом для визначення можливостей результативності артроскопічного відновлення цілісності сухожилка надостьового м'яза, однак такий параметр важко виміряти.

Мета — провести оцінку таких факторів, як розмір розриву та зміщення сухожилку надостьового м'яза, ступінь атрофії та жирової дегенерації надостьового м'яза плеча на доопераційному МРТ та визначити їх вплив на прогноз повноцінного відновлення функції плечового суглоба після оперативного лікування.

Матеріали та методи. Ретроспективно проведено аналіз доопераційного МРТ плечового суглоба у 75 пацієнтів. МРТ-дослідження проводилось на 1,5 Т-томографі Espree фірми «Сіменс» із застосуванням спеціальної поверхневої котушки. Також ретроспективно проведено перегляд та оцінка МР-досліджень пацієнтам, які перенесли артроскопію плечового суглоба з повним або частковим анатомічним відновленням ротаторної манжети плеча при великих та масивних розривах (більше ніж 3 см у довжину). МРТ плечового суглоба була оцінена лікарем-рентгенологом та ортопедом-травматологом. Математичні виміри ступеня пошкодження проводились в корональній і сагітальній площинах. Для оцінки ступеня м'язової атрофії запропоновано провести обрахунок за методом Zanetti на 3 рівнях: 1) надостьова ямка на рівні вирізки лопатки; 2) +20 мм від вирізки лопатки медіально; 3) на рівні надсуглобового горбка суглобової западини лопатки. У подальшому ми оцінювали розміри розриву сухожилку надостьового м'яза в сагітальній та корональній площинах на PD-WI та T1-WI. Розміри розриву сухожилка інтраопераційно вимірювались у 2 перпендикулярних площинах. Порівнювались артроскопічні дані з даними МРТ за співвідношенням розмірів розриву сухожилка та ступенем атрофії надостьового м'яза. Ці показники визначені як предиктори оцінки можливостей анатомічного відновлення ротаторної манжети плеча.