

Контрольну групу становили 20 пацієнтів без розривів та атрофії м'язів за даними МРТ та артроскопії.

Результати. Оцінено ступінь анатомічного та функціонального відновлення ротаторної манжети плеча через 6 та більше місяців після проведення оперативного втручання. Контрольне МРТ плечового суглоба виконувалось аналогічно до передопераційного дослідження. Розміри пошкодження були підтверджені під час артроскопічної операції у всіх пацієнтів. У 15 (20%) пацієнтів виявлено малі пошкодження. У 24 (32%) випадках серед обстежених хворих на доопераційному етапі були виявлені великі та масивні розриви сухожилка надостового м'яза (за класифікацією Cofield), які поєднувалися з III-IV ступенем м'язової атрофії (за класифікацією Goutallier et al). У 8 (10,7%) хворих із цієї підгрупи оперативне втручання не дало до повного анатомічного та відповідно функціонального відновлення. У даній групі хворих при контрольних МРТ були виявлені повторні пошкодження сухожилка надостового м'яза. У 36 (48%) пацієнтів великі пошкодження були поєднані з I-II ступенем м'язової атрофії, на постопераційних МРТ демонстрували збережену цілісність відновленого оперативним втручанням сухожилка, та клінічно функція в суглобі була відновлена.

Висновки. Використання оптимізованих МРТ-протоколів з постпроцесинговою кількісною оцінкою розмірів розриву сухожилка надостового м'яза та ступеня атрофії і сухожильної дегенерації м'яза на доопераційному МРТ є важливими чинниками, що можуть об'єктивно демонструвати прогноз запланованого оперативного лікування. Вищезазначені предиктори потрібно враховувати під час оцінки можливостей анатомічного та функціонального відновлення плечового суглоба.

НЕЙРОВІЗУАЛІЗУЮЧА ДІАГНОСТИКА ПАРА- ТА ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ЛІКВОРНИХ КІСТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДІТЕЙ

Михалюк В.С., Робак О.П., Гарматіна О.Ю.,
Робак К.О., Вакарюк В.Є.

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

Під пара- та інтравентрикулярними кістами розуміють наповнені ліквором утворення, які не мають посереднього сполучення із шлуночковою системою та лікворними просторами. До них належать паравентрикулярні внутрішньомозкові, арахноїдальні кісти та інтравентрикулярні кісти (кісти судинних сплетень, епендимарні кісти, ізольовані фрагменти шлуночків).

Мета дослідження – оптимізація діагностичного нейровізуалізуючого комплексу при пара- та інтравентрикулярних лікворних кістах.

Матеріали і методи. Було досліджено 166 пацієнтів віком від 1 міс. до 18 років. Нейровізуалізуючі дослідження до оперативних втручань включали КТ (n=126; 75,9%) та МРТ- (n=159; 95,8%) дослідження.

Результати та їх обговорення. При стандартному дослідженні МРТ у трьох площинах і двох режимах побудови зображення метод дозволяв виявити пара- та інтравентрикулярні лікворні кісти в переважній кількості випадків. Враховуючи відмежованість (замкнутість) кіст їх МР-сигнал відрізнявся від сигналу ліквора внаслідок підвищення клітинного та білкового компоненту, що розцінювалось як підтвердження

відокремлення порожнини. При виконанні МСКТ щільність кістозного вмісту переважала над щільністю ліквора. Більш чітко на фоні ліквора візуалізувалися внутрішньошлуночкові перетинки. В післяопераційному періоді ендоскопічних хірургічних втручань МСКТ використовували для моніторингу стану шлуночкової системи, динаміки кіст та можливих ускладнень.

Висновки. Для визначення морфонеїровізуалізуючих особливостей пара- та інтравентрикулярних кіст методи МРТ і МСКТ доповнюють один одного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВАНИИ УЧЕТА ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЛЕГКИХ ПРИ ТЭЛА С ПОМОЩЬЮ КТАПГ

Мягков А.П., Рудик Н.В.

Государственное заведение «Запорожская
медицинская академия последипломного образо-
вания МОЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — одна из наиболее важных проблем современной клинической медицины и является третьим по летальности острым кардиоваскулярным заболеванием. Анализ анатомических особенностей легочных сосудов и оценка пораженных артерий с помощью методов лучевой диагностики может стать важным подспорьем в понимании прогнозирования течения ТЭЛА, разработки адекватной лечебной тактики и оценки результатов лечения. Существует несколько методов расчета объема поражения артериального русла легких при ТЭЛА. Среди них наиболее распространенными в Европе является индекс Миллера (Miller G.A., 1971), а в США – индекс Уолша (Walsh P.N., 1973). Кроме них также используются показатели обструкции сосудистого русла Qanadli S.D.(2001) и Mastora I. (2003). Все вышеуказанные индексы и способы позволяют осуществить количественную оценку степени тяжести ТЭЛА.

Цель – усовершенствование способа расчета объема поражения артериального русла легких с помощью компьютерно-томографической ангиопульмонографии.

Материалы и методы. С этой целью обследованы 36 больных с ТЭЛА, которые находились на лечении в различных отделениях Запорожской областной клинической больницы. Возраст исследуемых больных колебался от 41 до 80 лет при среднем возрасте 62 года (63±14,4). Распределение по возрастным группам было следующим: 40-49 – 5 (14%); 50-59 – 10 (28%); 60-69 – 14 (39%); 70-79 – 6 (17%); 80 и старше – 1 (3%). Исследования проводились с использованием 4-срезового спирального компьютерного томографа. В процессе лечения повторная КТАПГ была выполнена всем 36 (100%) больным. Расчет объема поражения артериального русла легких с помощью КТАПГ проводился на основании предложенного нами способа. После проведения КТАПГ изучали наличие и состояние сегментарных, долевых, главных легочных артерий и легочного ствола, локализацию поражения и нарушения перфузии. Кроме этого, для определения легочной гипертензии и дисфункции правого желудочка сердца определяли диаметры легочного ствола, аорты и соотношение их диаметров (АО/ЛА), правой и левой ЛА, размеры правого и левого желудоч-

ков и их соотношение (ПЖ/ЛЖ) на уровне 4-камерного сердца.

Результаты и обсуждение. После проведения КТАПГ, включающей изучение наличия сегментарных, долевых, главных легочных артерий и легочного ствола, локализации поражения был произведен расчет объема поражения артериального русла легких (ОПАР). Определение ОПАР при ТЭЛА состояло из двух частей: на первом этапе определяли артериальный, а на втором – перфузионный индекс. При подсчете артериального индекса исходили из балльной оценки локализации тромбоемболов в системе ЛА. При этом максимальная сумма артериального индекса составляет 18 баллов. Максимальное значение перфузионного индекса составляет 18, а в сумме с артериальным индексом (18) ОПАР составляет 36 баллов. На основании этих данных и классификации, предложенной Савельевым В.С. с соавторами (1990), выделили степени тяжести ОПАР при ТЭЛА: при сумме баллов до 16 устанавливается легкая степень (0–44%), 17-21 (45–58%) — средняя, 22-26 (59–72%) тяжелая и 27 и более (больше 73%) – крайне тяжелая степень. Среди 16 больных, прошедших обследование, у 6 больных (37,5%) с III степенью тяжести ТЭЛА была обнаружена дисфункция правого желудочка сердца. При этом соотношение желудочков ПЖ/ЛЖ (индекс желудочков) было больше 1. Данные корреляционного анализа показали сильную корреляционную связь между ОПАР и индексом желудочков: $r = 0,609$, $p < 0,001$. Кроме этого, выявлена сильная корреляция между ОПАР и признаками легочной гипертензии — диаметром ствола ЛА ($r = 0,63$, $p < 0,001$); соотношением АО/Лс ($r = 0,63$, $p < 0,001$); толщиной миокарда ПЖ ($r = 0,54$, $p < 0,005$).

Выводы.

1. Предлагаемый способ определения объема поражения артериального русла с помощью КТ ангиопульмонографии позволяет оценить – обтурационно-перфузионные нарушения, начиная от сегментарных ветвей легочной артерии, степень и тяжесть обструкции артериального русла и проследить результаты проведенного лечения у больных ТЭЛА.

2. Суммарный объем поражения артериального русла легких при ТЭЛА составил 59%, а после адекватного лечения он уменьшился в 3 раза.

3. Максимальные величины поражения артериального русла легких особенно велики у больных с тяжелыми стадиями ТЭЛА, достигая у отдельных больных 72%, однако после лечения этот показатель снижается до 25%.

4. Дисфункция правого желудочка сердца при ТЭЛА как предиктор может развиваться при величине объема поражения артериального русла от 69 до 72%.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мякиньюк В.Б.

Коммунальное учреждение Херсонского областного совета «Херсонский областной онкологический диспансер», г. Херсон, Украина

Рак грудной железы (РГЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. По мере старения населения все больше и

больше женщин будет поражено этой болезнью. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женского населения Украины РГЖ составляет более 20%. Многочисленными исследованиями показано, что чем раньше выявляется РГЖ, тем больше продолжительность и выше качество жизни заболевших женщин. Своевременной диагностикой РГЖ считается выявление образования размерами до 10 мм в диаметре; без наличия метастазов.

К методам диагностики РГЖ относятся: самообследование, клинический осмотр, лабораторная диагностика, лучевая диагностика.

В медицинскую практику внедрены современные методы лучевой диагностики РГЖ: маммография (аналоговая и цифровая), ультразвуковые исследования (УЗИ), цветная и энергетическая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стереотаксическая биопсия под контролем маммографии, термография, электроимпедансная томография, томосинтез. Основными методами лучевой диагностики в Украине являются маммография (МГ) и УЗИ.

Методы рентгенологического исследования являются основной, неотъемлемой частью современного диагностического комплекса; при этом МГ – наиболее высокоинформативный и эффективный метод диагностики РГЖ. При правильной организации и проведении скрининговых маммографических исследований смертность при РГЖ снижается на 35-40%.

К недостаткам метода маммографии можно отнести следующие моменты: дозовая нагрузка, хотя она и ничтожна мала; необходимость наличия помещений для фотолaborатории и специального оборудования для неё; маммография требует сравнительно дорогостоящих расходных материалов; информативность метода снижается при плотном фоне молочной железы, что не исключает случаев рентгенонегативного рака. Большинство их этих недостатков можно устранить при переходе на цифровую маммографию.

Основными причинами ошибок в диагностике РГЖ при маммографии являются: низкое качество маммограмм, неправильные укладки. В связи с этим огромное значение в работе кабинета маммографии имеет наличие высококвалифицированного рентгенолаборанта.

Общие критерии оценки качества изображения грудной железы: правильное расположение устройства автоматического контроля экспозиции; адекватная компрессия; отсутствие на экране кожных складок, заслоняющих частей тела, таких как плечи, отсутствие движения, а также посторонних объектов, например пыли; правильная идентификация; правильный выбор параметров экспозиции; правильная техника проявления снимков; симметричность изображений.

Показаниями к УЗИ грудных желез являются: дифференциальная диагностика кист и солидных образований, выявленных при пальпации и МГ; обследование рентгенологически плотных грудных желез; обследование грудных желез у беременных и кормящих матерей; обследование грудных желез женщин до 30 лет; детей и подростков обоего пола; грудной железы у мужчин; обследование грудных