

логического профиля спектра кровотока в обеих МА с отсутствием гестационных преобразований в субдоминантной (левой) МА, снижение диастолического компонента кровотока в АП с повышением ПИ выше 95%, снижение абсолютных значений ПИ СМА и ЦПИ ниже 1,0, тенденция к повышению ПИ (0,8) и снижению скорости в фазу изоволюметрического расслабления (повышение S/v) в венозном протоке – отражение кардиальной дисфункции плода. В процессе исследования зарегистрирован эпизод резкого укорочения шейки с открытием внутреннего зева – объективный признак угрожающих преждевременных родов. Через 5 дней после исследования произошли спонтанные преждевременные роды в сроке 29-30 недель. Родилась живая недоношенная девочка массой 840 г, рост 39 см. Оценка по Апгар – 5-6 баллов. Ребенок находился в ОИТ и переведен на второй этап выхаживания. МСХТ имел вид тромботических масс слоистого вида, занимающих до 4/5 площади хориальной пластины со сдавлением ворсинчатого дерева.

В представленных случаях МСХТ не явился смертельным в связи с достаточной абсолютной массой плаценты и достаточными компенсаторными изменениями в зрелом ворсинчатом дереве в первом случае и спонтанными преждевременными родами во втором случае с экзодоплерометрическими признаками несостоятельных компенсаторных механизмов, что привело к клинически неблагоприятному перинатальному результату.

МСХТ требует дифференциального диагноза с другими очаговыми поражениями плаценты – субамниотической, интраплацентарной, ретроплацентарной гематомами, цитотрофобластической кистой, кистами пуповины, хориангиомой, мезенхимальной дисплазией плаценты.

Выводы. МСХТ представляет собой достаточно редкую полиэтиологичную патологию плаценты с высоким риском неблагоприятного перинатального исхода. Для МСХТ характерно раннее появление комплекса признаков в виде угрозы прерывания беременности, маловодия, ЗРП, дистресса плода вследствие циркуляторных нарушений в плаценте. Исход МСХТ для плода определяется массивностью поражения плаценты. МСХТ может быть «ограничен» сформированным ворсинчатым деревом с адекватными реакциями на гипоксические состояния – ангиоматозом сосудов ворсин и увеличением количества синциотриальных узлов. Пролонгированное течение МСХТ дает возможность диагностировать данное критическое состояние, разработать тактику ведения беременности и принять решение о сроках родоразрешения.

УЛЬТРАЗВУКОВА ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ І ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Гречаник О.І., * Абдуллаєв Р.Я., ** Хоменко І.П., * Ермілова О.В., * Вереш Д.Б. *

* НВМКЦ «ГВКГ», м. Київ, ** ХМАПО, м. Харків

Актуальність. Під час ведення АТО на сході України вогнепальні поранення грудей становлять 12%, а питома вага загиблих з пораненнями грудей і живота досягає 28% санітарних втрат. Рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження засто-

суються у госпіталях військової зони (II рівень) та зони евакуації (III рівень), дозволяють оцінити характер та ступінь пошкодження, що необхідно для своєчасної хірургічної тактики та інтенсивної терапії пораненого.

Мета дослідження – визначити можливість сучасних променевих методів діагностики (цифрова рентгенографія та ехосонографія) в діагностиці торакальної і торакоабдомінальної травми у поранених АТО.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз променевих обстежень 93 поранених віком від 18 до 46 років, що надійшли для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги в період з лютого 2015 р. по квітень 2016 р. Пораненим виконували рентгенологічні дослідження (рентгенографія, рентгеноскопія) з введенням контрастних речовин та без них, за допомогою рентгенодіагностичної пересувної системи «АРМАН» та блоком рентгенографічним цифровим «ЮНА-Р-4000». Ультрасонографія проводилась на портативному приладі SonoSite та стаціонарному УЗД апараті SIEMENS LXE.

Результати та їх обговорення. У процесі ретроспективного аналізу променевих досліджень у поранених з торакальною, торакоабдомінальною травмами оцінювали рентген- та ехоморфологічні, рентген- та ехофункціональні зміни: 1) наявність, тип пошкодження кісткових структур грудної клітки, хребта; 2) наявність, тип пошкодження м'яких тканин (рани, забій, сторонні тіла); 3) стан парієтального та вісцерального листків плеври, очеревини, перикардіальної сумки (наявність, ступінь гемо- та/або пневмотораксу, гемо- та/або пневмоперитонеуму, гемоперикарду), структуру рідини в плевральній та черевній порожнинах; 4) характер та виразність пошкодження легень, серця, середостіння; 5) стан діафрагми; 6) синдром пошкодження паренхіматозних органів; 7) синдром пошкодження порожнистих органів; 8) наявність і локалізація сторонніх тіл; 9) характер і тип раньового каналу. З урахуванням переважаючого пошкодження визначали порядок оперативного та лікувально-діагностичного втручання. Близько у 50% поранених виявлялися вогнепальні переломи нижніх ребер, сторонні тіла (металеві осколки, кулі, обшивки снарядів, кісткові уламки) в м'яких тканинах, легенях, печінці, травматичні зміни в легенях (гідро- та/чи пневмоторакс, забій, розрив легень), пошкодження лопаток, груднини, грудного, поперекового відділу хребта, пошкодження середостіння (серця, аорти). До 15% становили торакоабдомінальні поранення, що характеризувалися травмуванням діафрагми. Найбільш частим ускладненням при бойових вогнепальних пошкодженнях грудей та живота були пневмонії, емпієма плеври, абсцеси легень, печінки, у 5 поранених був діагностований перитоніт. Нами відмічена висока перевага поєднання рентгенологічного та ультразвукового методів діагностики при торакальних і торакоабдомінальних пораненнях із вираженими ознаками пошкодження черевної та грудної порожнини. До 40% торакоабдомінальних поранень переважали пошкодження органів черевної порожнини із симптомами пошкодження порожнистих та паренхіматозних органів.

Висновки. Провідна роль у діагностиці торакальних і торакоабдомінальних поранень відводиться

рентгенологічним та ультразвуковим методам дослідження. Використання комплексу діагностичних прийомів комбінації ультразвукового та рентгенологічного методів дозволяє своєчасно виявити пошкодження грудей, живота, що є визначальними у невідкладній променевої діагностиці та лікуванні травм і післяопераційних ускладнень.

ЭЛАСТОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С

*Диденко В.И., Коненко И.С., Ягмур В.Б.,
Ошмянская Н.Ю.*

*ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН
Украины», г. Днепр*

Актуальность. Патология, ассоциированная с вирусом гепатита С (ХГС), занимает ведущее место в группе хронических диффузных заболеваний печени. И хотя в настоящее время уже появилась эффективная специфическая терапия, многим пациентам она недоступна и последствия в виде осложненной портальной гипертензии и печеночной недостаточности остаются большой проблемой. Необходимо отметить, что темпы развития болезни, в частности фиброза печени, разные у разных пациентов и зависят от многих факторов, в числе которых и последствия нарушенного метаболизма. Раннее выявление прогрессирующей формы заболевания с возможностью развития осложненной позволит повысить точность клинического прогнозирования, предотвратить развитие осложнений и снизить смертность от патологии печени в этой группе пациентов.

Цель исследования. Оценить показатели жесткости печени у пациентов с ХГС и ожирением в зависимости от степени фиброза печени.

Объект и методы исследования. В исследование были включены 50 пациентов с ХГС и ожирением I-II степени. Среди наблюдавшихся – 36 мужчин (72,0%) и 14 женщин (28,0%), средний возраст составил $41,7 \pm 4,2$ года, индекс массы тела (ИМТ) – $34,8 \pm 1,7$ кг/м². Всем пациентам в течение последних 4 месяцев была проведена биопсия печени с дальнейшим морфологическим исследованием биоптатов. Для гистологических исследований биоптаты окрашивали гематоксилином и эозином по Меллори в модификации Слинченко. Оценку стадии фиброза проводили по шкале METAVIR. Область паренхимы и фиброза была выделена и измерена с помощью программного обеспечения ImageJ 1.45S («National Institutes of Health», USA). Оценку жесткости печени проводили путем сдвиговолновой эластографии (СВЭ) на ультразвуковом сканере экспертного класса Ultima PA (Харьков, Украина) конвексным датчиком частотой 3-5 МГц с использованием мультимодального УЗ-сканирования в режиме реального времени по стандартной методике. С целью повышения точности исследований выполнялось не менее 5 измерений в 3 зонах интереса.

Результаты. По данным морфологического исследования у 2 пациентов фиброз отсутствовал; фиброз 1-й стадии наблюдался у 16 (33,3%), 2-й стадии – у 7 (14,6%), 3-й стадии – также у 7 (14,6%), цирроз печени или фиброз 4-й стадии был выявлен у 18 (37,5%) больных. При соноэластографической

оценке жесткости показатели СВЭ в группе с 0-й стадией фиброза – $5,53 \pm 1,09$ кПа, с 1-й стадией – $6,23 \pm 0,28$ кПа, со 2-й стадией – $8,38 \pm 0,92$ кПа, 3-й стадией – $10,46 \pm 1,51$ кПа, у пациентов с циррозом печени или 4-й стадией фиброза – $20,32 \pm 2,95$ кПа. Средние значения скорости сдвиговой волны (см/с) в зависимости от стадии фиброза печени составили $1,31 \pm 0,09$ см/с, $1,41 \pm 0,04$ см/с, $1,67 \pm 0,11$ см/с, $1,89 \pm 0,11$ см/с и $2,64 \pm 0,22$ см/с соответственно. Как видно из представленных данных, показатели жесткости печени, оцененные с помощью СВЭ, увеличивались по мере усугубления стадии фиброза печени.

Вывод. Сдвиговолновая эластометрия печени может использоваться в неинвазивной диагностике разных стадий фиброза у пациентов с ожирением и хроническими диффузными заболеваниями печени, ассоциированными с вирусом гепатита С.

ЭЛАСТОГРАФИЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

*Динник О.Б., Мірошніков Я.О., Наталенко І.Л.,
Керусь С.В., Караєв Т.В.*

*МЦ «Doctor Vera», МЦ «Институт семейной
медицины плюс», МЦ «EmCell», м. Київ*

Вступ. Ерекільна дисфункція (ЕД) — це захворювання, при якому неможливо досягнення і підтримання ерекції, необхідної для здійснення статевого акту. За даними ВООЗ, 10% чоловічої популяції віком від 21 до 40 років скаржаться на ЕД, а в більш старшому ЕД виникає у 50% чоловіків. Судинний чинник є одним з основних. Венооклюзивні розлади відіграють важливу роль у розвитку судинної ЕД. Тому дослідження функціонального стану білкової оболонки (БО), яка виконує функцію блокування венозного відтоку, важливе в менеджменті ЕД. Інструментальних методів для її об'єктивного і неінвазивного дослідження не існувало дотепер. Механічна неповноцінність БО є одним із безпосередніх чинників так званої венооклюзивної консервативно інкурабельної ЕД.

Мета. Дослідити механічні властивості БО за допомогою зсувнохвильової еластографії/еластометрії (ЗХЕГ/ЗХЕМ).

Матеріали та методи. Дослідили пружно-еластичні властивості БО в 11 суб'єктів із нормальною ерекцією і кавернозною гемодинамікою (контрольна група, КГ) та 9 пацієнтів з ЕД за даними Міжнародного індексу ерекційної функції (МІЕФ) та фармакодоплерографії в стані спокою та фармакологічно індукованої (10 мкг ПГ Є1) ерекції. Використали ультразвукові апарати з лінійними датчиками Aplio 500 (Toshiba, Японія) з опціями SWE Smart and Propagation mapping та Soneus P7 (Ultrasign, Україна) з опцією ЗХЕГ/ЗХЕМ.

Результати свідчать про істотне збільшення жорсткості БО за рахунок її напруження, що виникає в процесі ерекції в КГ: модуль Юнга становив $M=24,7 \pm 2,6$ кПа в стані спокою проти $M=134,8 \pm 4,5$ кПа при ерекції праворуч. Аналогічні показники ліворуч: у стані спокою $M=24,1 \pm 2,6$ та в процесі ерекції $M=138 \pm 2,9$ кПа ($p < 0,001$). Водночас спостерігається суттєва різниця в жорсткості БО в стані ерекції між групами з нормальною ерекцією та з ЕД. Модуль Юнга в групі з ЕД у стані ерекції праворуч становив $M=58,78 \pm 9,2$ кПа, ліворуч — $M=54,03 \pm 10,16$ кПа з високою вірогідністю ($p < 0,001$).