

тичного розчину з додаванням симетикону.

Матеріали та методи. Нами обстежено 69 пацієнтів віком від 21 до 62 років. Дослідження проводилося на апаратах Esaote ClassC та Philips HD 11 з мультисистемними конвексними 3,5-5 МГц та лінійними датчиками 7-12 МГц, застосовували технології покращення В-зображення. Обстеження товстої кишки проводили після очистки напередодні. Використовували методику трансабдомінального обстеження товстої кишки з наповненням її діагностичним розчином. Як діагностичний розчин використовували дистильовану воду (500 мл), в яку додавали симетикон (Еспумізан®) (80 мг). Товста кишка була поділена на зони інтересу, які є найскладнішими з точки зору візуалізації: ректосигмоїдний відділ, селезінковий кут, печінковий кут, купол сліпої кишки. Контрольна група із 70 чоловік отримувала тільки дистильовану воду.

Результати та їх обговорення. Добра візуалізація ректосигмоїдної зони була досягнута у 58 (84%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 31 (44%), часткова візуалізація — у 8 (12%) пацієнтів та 33 (47%) контрольної групи відповідно та не покращилася у 5 (4%) пацієнтів та 6 (9%) контрольної групи. Добра візуалізація селезінкового кута була досягнута у 67 (96%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 33 (47%), часткова візуалізація в 1 (2%) пацієнта та 35 (46%) контрольної групи відповідно та не покращилася в 1 (2%) пацієнта та 2 (7%) контрольної групи відповідно. Добра візуалізація печінкового кута була досягнута у 68 (98%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 48 (69%), часткова візуалізація — в 1 (2%) пацієнта та 20 (29%) контрольної групи відповідно та не покращилася в 1 (2%) контрольної групи відповідно. Добра візуалізація купола сліпої кишки була досягнута у 67 (86%) пацієнтів порівняно з контрольною групою — 60 (%), часткова візуалізація у 2 (%) пацієнтів та 9 (%) контрольної групи відповідно та не покращилася в 1 (%) пацієнта контрольної групи. Вплив на зменшення газу в товстій кишці тісно корелює з поліпшенням візуалізації у більшості пацієнтів. Всі пацієнти переносили процедури добре, без будь-яких побічних ефектів.

Висновок. Використання симетикону (Еспумізану) є простим, небезпечним, недорогим і ефективним методом для покращення візуалізації відділів товстої кишки в амбулаторних умовах та покращує візуалізацію порівняно з однією водою.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ УЛЬТРАЗВУК В КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО С БОЛЕЗНЬЮ БАЙЛЕРА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Закревский А.Н. *, Каралетян О.Ю. *,
Каратай О.С. **, Томчук А.И. **,
Козакевич И.М. **, Закревская А.А. **

** Кафедра неонатологии Харьковской
медицинской академии последипломного
образования, г. Харьков*

*** Харьковский городской перинатальный центр*

Вступление. У детей первичные злокачественные опухоли печени встречаются значительно реже, чем у взрослых. Они составляют около 0,5-2% от числа всех опухолей у детей. Предрасполагающими

факторами являются хронические болезни гепатобилиарной системы. Группу высокого риска составляют дети с метаболическими нарушениями, прогрессирующим семейным внутриспеченочным холестазом I (болезнь Байлера) и II типов, хроническими вирусными гепатитами В и С, первичным склерозирующим холангитом и др. [1]. В современных условиях с диагностической целью широко используют мультипараметрический ультразвук, в частности, у взрослых рекомендовано использовать данные авторов Ferraioli G. et al. (2012). в клинической интерпретации результатов для стадирования фиброза методом сдвиговой эластографии (СВЭ) в сопоставлении с данными ТЭ и шкалы METAVIR пока не будет разработана национальная шкала [2, 3].

Манифестация болезни Байлера в виде синдрома холестаза отмечается в первые месяцы жизни, чаще в период новорожденности. Диагностика основана на выявлении диссоциации между низкой активностью гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) сыворотки крови, часто в сочетании с низким уровнем холестерина и повышением значения других клинических и лабораторных маркеров холестаза, со значительным повышением уровня ЖК в крови и отсутствием их в желчи, внутриклеточным скоплением желчи при электронно-микроскопическом исследовании биоптата печени. Единственный радикальный метод лечения ГЦК — хирургический, заключающийся в резекции опухоли или трансплантации печени. У детей с хроническими прогрессирующими заболеваниями методом выбора служит трансплантация печени.

Приводим собственное катamnестическое наблюдение пациента.

Ребенок родился путем операции кесарева сечения в СГ 28 нед., масса — 760 г; рост — 30 см; ОГ — 22 см; ОГК — 20 см; роды — 1-е, беременность — 2-я на фоне хронического гломерулонефрита с 21-й недели, системной артериальной гипертензии, плацентарной дисфункции, СЗВУР плода.

По Апгар 2-5 баллов, переведен в ОИТ в крайне тяжелом состоянии, длительное время находился на ИВЛ, получал полное и частичное парентеральное питание, терапия в соответствии с действующими протоколами.

Диагноз: Врожденное нарушение обмена веществ — нарушение обмена желчных кислот с синдромами холестаза, мальабсорбции, мальдигестии, мальнутриции, вторичной хакексией, осложненное метаболическим гепатитом, фиброзом печени.

Маркеры вирусных гепатитов (HbsAg, IgG HCV) отрицательные, уровень билирубина нарастал до 289 мкмоль/л за счет прямой фракции 139 мкмоль/л. Повышен уровень раково-эмбрионального антигена (РЭА), 6,88 нг/мл и альфа-фетопротеина (АФП), 196,1 МЕ/мл.

СВЭ печени демонстрировала повышение средней жесткости в диапазоне 5,9-7,05 кПа (фиброз печени стадия F1 по шкале METAVIR) с нарастанием показателей до 8,31-11,42 кПа (фиброз печени стадия F2-3 по шкале METAVIR). В последующем клиническое улучшение состояния, снижение билирубина соответствовало снижению показателей средней жесткости печени до нормы: 3,75-4,82 кПа. Однако спустя 6 мес. при проведении мультипараметрического ультразвукового исследования печени

было виявлено новообразование: неоднородное с полициклическими контурами, без четкой капсулы на фоне диффузного повышения эхогенности печени, уплотнения капсулы. При этом кровоток в воротной вене не нарушен, кровоток в печеночных венах преимущественно гепатофугальный. При проведении эластометрии печени повышение средней жесткости колебалось в диапазоне 4,64-11,79 кПа, что обусловлено значительной неоднородностью структуры печени. Компрессионная эластометрия очага поражения позволила определить его большую жесткость $R/T=3,99$ по отношению к окружающей печеночной паренхиме.

Заключение. Мультипараметрическое ультразвуковое исследование печени у недоношенных новорожденных на ранних этапах позволяет неинвазивно выявить диффузные и очаговые поражения печени и сформировать группу новорожденных с риском развития опухолей печени для катamnестического наблюдения. СВЭ печени необходимо внести в протокол ведения новорожденных с холестазом. В настоящее время недостаточно данных о соответствии результатов СВЭ печени у новорожденных стадиям фиброза печени у взрослых по шкале METAVIR, что требует дальнейших многоцентровых исследований.

ЗАСТОСУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ НАВІГАЦІЇ ПРИ ТРЕПАН-БІОПСІЯХ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ. ДОСВІД ОНКОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ

Іванов І.Ю.¹, Клекот А.І.¹, Шевчук В.І.¹,
Лозович О.А.², Лозович В.А.², Солоненко С.В.¹
¹Вінницький обласний клінічний онкологічний
диспансер, м. Вінниця
²Могилів-Подільська окружна лікарня
інтенсивного лікування, м. Могилів-Подільський

Вступ. Забір стовпчиків тканини, який проводиться під контролем ультразвукового променя з підозрілих ділянок молочної залози для проведення гістологічного дослідження, а також можливості визначення рецепторного статусу пухлини за біопсійним матеріалом, дозволяє підвищити діагностичну інформативність для правильного вибору тактики подальшого лікування.

Мета. Оцінювання ефективності методики трепан-біопсії пухлин молочної залози під контролем ультразвуку та її вдосконалення.

Матеріали та методи. Ультразвукова навігація здійснювалась на сканері Ultima PA за допомогою лінійного датчика 5-10 МГц. Для біопсії використовувався пістолет з голкою товщиною 14 G та довжиною 10 см.

Проведено 38 біопсій пацієнтам, у яких за результатами мамографії та УЗД виявлені об'єкти в молочних залозах, підозрілі на злоякісні пухлини. Розміри пухлин, з яких взята трепан-біопсія, – від 10 до 15 мм. При кожній трепан-біопсії отримано по два стовпчики тканини пухлини. Трепан-біопсії проводились в умовах відділення УЗД.

Результати. За результатами гістологічних досліджень отриманого матеріалу діагностовано фіброаденоми та злоякісні новоутворення. Результати наведені в таблиці. Після проведення оператив-

них втручань діагнози були підтверджені в 100% випадків.

Таблиця
Результати гістологічних досліджень

Захворювання	Рак	Фіброаденома
Пацієнти, кількість/%	36/94,74	2/5,26
Всього, кількість/%	38/100	

Висновки. Виконання трепан-біопсії пухлин молочної залози під контролем ультразвуку значно покращує ефективність її виконання, мінімізує ризик виникнення ускладнень та гарантує високу інформативність даної методики.

ВАЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕХОГРАФІЇ ПРИ АД'ЮВАНТНІЙ ТЕРАПІЇ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРЕПАРАТОМ ТАМОКСИФЕН ДЛЯ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗМІН В ЕНДОМЕТРІЇ

Іванов І.Ю.¹, Лозович О.А.², Лозович В.А.²,
Шевчук В.І.¹

¹Вінницький обласний клінічний онкологічний
диспансер, м. Вінниця

²Могилів-Подільська окружна лікарня інтенсивного лікування, м. Могилів-Подільський

Вступ. У терапії гормонозалежних форм раку молочної залози у жінок з ураженими лімфатичними вузлами застосування антагоністів гормонів та аналогічних засобів призводить до ризику розвитку проліферативних змін в ендометрії, зокрема гіперплазії ендометрія, поліпозу, ендометріозу та раку ендометрія. Застосування ехографічного моніторингу стану ендометрія допомагає вчасно виявити вказані зміни, вносити корективи в терапію раку молочної залози та мінімізувати ризик розвитку раку ендометрія.

Мета. Вдосконалити алгоритм ехографічного моніторингу стану ендометрія у жінок із високим ризиком розвитку раку ендометрія під час приймання тамоксифену.

Матеріали та методи. Ехографічний моніторинг стану ендометрія проводився у 56 пацієнток, хворих на рак молочної залози, віком від 39 до 61 року, які отримували тамоксифен. Усім пацієнткам виконувались трансвагінальні та трансабдомінальні дослідження на апараті MyLab Seven за допомогою мультичастотних датчиків частотою 4-9 МГц та 2-5 МГц. Дослідження виконувались щомісячно впродовж семи місяців від початку приймання тамоксифену. Проводилась біометрія тіла та шийки матки, ендометрія та яєчників. Акцентовано вивчалась структура ендометрія. Візуалізація у В-режимі доповнювалась кольоровими режимами.

Результати. З 56 пацієнток, які отримували лікування, у 17 з 4-5-го місяців моніторингу виявлялись гіперпластичні процеси в ендометрії. За результатами проведених діагностичних гістологічних досліджень було виявлено залозисто-кістозну гіперплазію та поліпоз ендометрія. Випадків раку ендометрія не було встановлено. Результати наведені в таблиці.