

терапії. По рекомендації WINFOCUS (World Interactive Network Focused On Critical UltraSound), «Ultrasound LifeSupport» пропонується нова комплексна клінічна стратегія проведення ультразвукового моніторингу на місці надання допомоги. Ця технологія ідеально підходить для спостереження за критичними пацієнтами в стані шоку і визначається в нову категорію «реанімаційні» УЗІ, що дозволяють пряму візуалізацію патології, і розробляє Point-of-CareUltrasound (PoCUS) в практиці.

Цель работы. Внедрение международных ультразвуковых протоколов с целью определения ультразвуковой «Point-of-CareUltrasound» на догоспитальном и стационарном этапах, в соответствии с профилактикой, сортировкой, диагностикой, мониторингом и лечением в неотложной медицине.

Материалы и методы. Использовался аппарат УЗИ Mindray M 7 с датчиками 3,5 и 7,5 МГц в отделении анестезиологии и реанимации.

Результаты. В течение шести месяцев было произведено 75 исследований: политравма — 34, сердечно-сосудистые заболевания — 21, сердечно-сосудистые на фоне сахарного диабета — 20, из них с гиповолемией — 27, с ишемией миокарда — 32, с отеком легких — 16.

Выводы. Поэтапность протокольного исследования RUSH EXAM (RAPID ULTRASOUND IN SHOCK) упрощает и ускоряет диагностический поиск.

ТРАНСРЕКТАЛЬНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

*Сорокін Б.В., Пироговський В.Ю., Сурков А.В., Тараненко А.О., Злобенець С.О.
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ*

Введение. Методика проведення ультразвукового дослідження (УЗД) досить широко використовується в сучасній медицині. Цей метод має низку переваг: ефективність, доступність та безпека. У колопроктології УЗД застосовуються для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, визначення ступеня поширеності та вираженості запального процесу, діагностики неопластичного процесу прямої кишки і навколишніх тканин, ступеня їх поширеності.

Мета. Дослідити діагностичну цінність трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) в проктологічному відділенні КОКЛ, що використовується для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, а також відзначити особливу роль даної методики в діагностиці новоутворень прямої кишки, поширеності даного процесу, виявленні ураження сфінктерного апарату для вибору оптимальної тактики оперативного втручання.

Матеріали та методи. У проктологічному відділенні КОКЛ за 2008-2016 рр. за допомогою УЗД було обстежено понад 1850 пацієнтів, із них на частку ТРУЗД припадає 1796 досліджень, що становить 90% від загального числа досліджень. Виконано 142 (8%) пункції передміхурової залози під контролем ректального датчика. Використовувався ультразвуковий сканер Pro-Focus 2202

(Данія) з високочастотним ректальним датчиком з частотою 7,5 МГц.

Результати. Під час діагностики хронічних анальних нориць отримані такі дані: інтрасфінктерна на нориця визначена у 463 (25%) випадків, трансфінктерна — у 481 (26%), висока трансфінктерна у 333 (18%), екстрасфінктерна — у 334 (18%), неповна параректальна нориця — у 185 (10%). ТРУЗД дозволяло візуалізувати норицевий хід на всьому протязі у вигляді тубулярної гіпоехогенної структури неправильної форми, який бере початок від внутрішнього отвору, та виявити внутрішній отвір, який мав вигляд гіпоехогенної зони у підслизовому шарі. Під час проведення порівняльної оцінки даних ТРУЗД та інтраопераційної ревізії результати збігалися в 97% випадків. Під час діагностики та визначення процесу поширеності неопластичного процесу прямої кишки були отримані такі дані: Т1 — 36 (32%), Т2 — 54 (31%), Т3 — 42,39 (22%) — інша локалізація неопластичного процесу. При порівнянні з даними рТ, отриманими після операції, точність становила 92%.

Висновок. Діагностична точність ТРУЗД у діагностиці запальних захворювань і поширеності непластичного процесу прямої кишки становить 90%, що робить даний метод цінним і інформативним. Під час оцінки глибини пухлинної інвазії точність ТРУЗД становить 80-90%, ці результати значно перевершують можливості КТ і становлять 80% відповідно. Саме тому, завдяки своїй ефективності, доступності та безпеці, даний метод стає пріоритетним у діагностиці запальних та непластичних процесів у прямій кишці і параректальній клітковині.

АНОМАЛЬНА ІНВАЗІЯ ПЛАЦЕНТИ В ОБЛАСТІ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕННЯ

*Сусидко Е.Н., Николаев Н.И.
Медицинский центр доктора Николаева,
г. Днепр*

Введение. Частота кесарева сечения (КС) в Украине постоянно растет (с 9,58% в 1999 г. до 16,10% в 2009 г.), что увеличивает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из осложнений после КС при последующей беременности является аномальная инвазия плаценты (АИП) в области рубца на матке: предлежание и приращение (4-8 на 1000)

Цель. Диагностировать и выработать тактику ведения женщин с аномальной инвазией плаценты в области рубца на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы. В медицинском центре за 2016 год было диагностировано и подтверждено 17 случаев аномальной инвазии плаценты в области рубца на матке после КС, из них 13 (76,5%) случаев — предлежание плаценты (6 (46%) случаев краевое, 5 (38%) случаев неполное и 2 (15%) случая полное центральное предлежание плаценты). Приращение плаценты было диагностировано в 4 (23,5%) случаях. Все исследования были проведены на ультразвуковом аппарате экспертного класса Mindray DC-8, при наполненном мочевом пузыре, трансабдоминальным и трансвагинальным доступом.

Результаты и их обсуждение. Для диагностики АИП ультразвуковое исследование проводили в

I, II и III-м триместрах беременности. Известно, что в раннем сроке может диагностироваться предлежание плаценты в 30% случаев, а к концу беременности — 0,3%. Поэтому этот диагноз был установлен на 18-21-й неделе 13 беременным. Если край плаценты достигал или перекрывал внутренний зев, то проводили контроль УЗИ в 26-28 недель и при подтверждении диагноза (и даже отсутствии кровотечения) беременным госпитализировали в стационар до родоразрешения.

Если край плаценты визуализировался меньше чем на 20 мм от внутреннего зева, то при отсутствии клинических проявлений проводился контроль УЗИ после 35-36 недели. И если край плаценты находился больше чем на 20 мм от внутреннего зева, можно было прогнозировать успешные вагинальные роды. Любое перекрывание внутреннего зева было показанием к КС. Всем 13 беременным было проведено плановое КС, которое прошло без осложнений.

У 4 беременных было диагностировано приращение плаценты в области рубца на матке с помощью шести эхо-признаков в серой шкале, четырех — при доплеровском картировании и одного — в трехмерном изображении (согласно рекомендациям Европейской рабочей группы по аномальной инвазии плаценты (EW-AIP), 2014 г.). У каждой пациентки наблюдалась одна из трех видов инвазии от поверхностной до глубокой с прорастанием в мочево́й пузырь (placenta accreta, increta and percreta).

Всем четверым беременным было проведено КС. Диагноз подтвердился во всех случаях. Одной женщине была проведена гистерэктомия после извлечения плода, а трем — удалось провести органосохраняющую операцию.

Выводы. Корректная диагностика с помощью УЗИ и правильная тактика ведения, а также родоразрешение беременных с АИП поможет сохранить репродуктивное будущее женщин.

РОЛЬ ДОПЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ОРБИТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГЛАУКОМЫ И ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Ткаченко Е.Н. *, Сардарян В.В. *,
Кауркина Л.А. *, Закревский А.Н. ***

**Международный медицинский центр*

«Офтальмика», г. Харьков

***ХМАПО, г. Харьков*

Актуальность. Глазной ишемический синдром (ГИС) — редко встречающийся симптомокомплекс, характеризующийся функциональными и анатомическими изменениями глаза, которые вызваны гемодинамическими нарушениями в бассейне сонных и/или позвоночных артерий. В 40% случаев в течение 5 лет наступает смерть пациентов, причиной которой являются нарушения мозгового кровообращения и болезни сердца.

Глаукома низкого давления (ГНД) — форма глаукомы, когда повреждение зрительного нерва происходит при внутриглазном давлении (ВГД), не превышающем нормальных величин. Она опасна

прогрессирующей необратимой потерей зрения. Этиология заболевания находится в стадии изучения; считается, что важную роль в формировании данного состояния играет сосудистый фактор.

Клинические глазные проявления двух состояний (по субъективным и объективным исследованиям) очень сходны.

Цель исследования. Дифференциальная диагностика ГИС и ГНД.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 14 человек (28 глаз), из них 10 мужчин, 4 женщины. Возраст пациентов — от 58 до 82 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на снижение остроты зрения, выпадение участков поля зрения.

Проводились стандартные офтальмологические методы: визометрия, тонометрия (пневмотонометрия, тонометрия по Гольдману), пахиметрия, статическая и кинетическая периметрия, биомикроскопия, гониоскопия, контактная биомикроскопия. Из дополнительных методов обследования глаз выполнялась оптическая когерентная томография (ОКТ) зрительного нерва и макулярной области.

Всем пациентами проведено УЗИ сонных артерий, а также доплерография сосудов зрительного нерва и орбиты. По показаниям некоторым пациентам проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов были выявлены различные изменения при исследовании полей зрения — снижение общей чувствительности, расширение слепого пятна, аркообразная скотома, скотома Бьеррума, концентрическое сужение полей зрения. На ОКТ отмечалось истончение слоя ганглиозных клеток и нервных волокон по ходу папилломакулярного пучка и в центральных отделах. Все эти изменения характерны для глаукомы.

Однако внутриглазное давление у всех пациентов было в пределах 14-23 мм рт.ст. (по тонометру Гольдмана) с учетом пахиметрии.

При УЗ-исследовании сонных артерий у всех пациентов выявлены гемодинамические изменения различной степени выраженности.

При доплерографии сосудов орбиты наиболее информативными были изменения показателей в глазной артерии (ГА) — достоверное снижение показателей систолической до $16,02 \pm 2,11$ см/с и диастолической скоростей до $3,14 \pm 0,71$ см/с.

По результатам выявленных изменений в сонных артериях 2 пациентам (2 мужчины, 1 женщина) в связи со значительным сужением сонных артерий (на 80%) и выраженными нарушениями гемодинамики проведены операции на сонных артериях. При этом у пациентов не только улучшилось общее состояние (уменьшились головные боли и головокружение), однако полного восстановления зрительных функций не произошло.

Выводы. При выявлении изменений зрительного нерва, типичных для глаукомы, но при нормальном ВГД, особую роль играет не только УЗ-диагностика сонных артерий, но и доплерография сосудов орбиты и зрительного нерва. Своевременное выявление ГИС, замаскированного под нормотензивную глаукому, может спасти пациенту не только зрение, но и жизнь.