

Матеріали та методи. На різних етапах II-III триместрів, після нормальних результатів УЗ-скринінгу, проведені ехографічні дослідження 4580 вагітним із початково низьким ризиком акушерських і перинатальних ускладнень. Проводилися УЗ фетометрія і розрахунок ваги плода, візуальна оцінка УЗ-анатомії плода, оцінка ступеня кальцинозу плаценти, індексу амніотичної рідини, виконувалася доплерометрія фетоплацентарної системи, а також вивчалися перинатальні наслідки.

Результати. Загальне число жінок з ехографічними ознаками патології плода та/або фетоплацентарної системи склало 449/4580 (9,8%). Після 26 тижнів найбільш часто виявлялися кардіальні мальформації та аритмії, аномалії ЦНС, асоційовані з впливом інфекційного процесу, аномалії черевної порожнини плода, послідовності фетальних деформацій, а також УЗ-симптоми реалізації внутрішньоутробного інфікування. Частота змін, що мали несприятливий або невизначений перинатальний прогноз і вимагали подальшого ехографічного моніторингу, була найбільшою на етапах 26-30-го гестаційних тижнів.

Висновки. Хоча частота виявлення фетальних аномалій при нормальних результатах скринінгу у вагітних субпопуляції низького ризику склала в нашому дослідженні не більше як 1,15% (OR 0,52; CI 95% 0,44-0,56, RR 0,56; CI 95% 0,51-0,61), патологія, виявлена після 22 тижнів, має принципове значення для прогнозування результату вагітності, вироблення акушерської та перинатальної тактики. На підставі проведеного аналізу можна вважати обґрунтованим включення УЗ-сканування вагітності в III триместрі в протоколи антенатального спостереження.

ЗНАЧЕННЯ ЕХОГРАФІЇ ТА ДОПЛЕРОГРАФІЇ ПІСЛЯ 22 ТИЖНІВ ГЕСТАЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ АКУШЕРСЬКОЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ НИЗЬКОГО РИЗИКУ

Сафонова І.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Третій скринінг вагітності виключено з протоколів антенатального спостереження при низькому ризику акушерських та перинатальних ускладнень. Однак деякі патологічні гестаційні процеси можуть протікати латентно та призводять до несподівано несприятливих перинатальних результатів.

Мета. Визначення значущості ехографічних і доплерографічних досліджень після 22 тижнів гестації для діагностики акушерських і перинатальних ускладнень при вагітності низького ризику.

Матеріали та методи. 4580 вагітних субпопуляції низького ризику, що мали нормальні результати ультразвукових (УЗ) скринінгових досліджень. Дослідження включали фетометрію і розрахунок ваги плода, оцінку УЗ-анатомії плода, ступеня кальцинозу плаценти, індексу амніотичної рідини, доплерографію фетоплацентарних судин. Вивчалися перинатальні наслідки всіх обстежених вагітних.

Результати. Загальна питома вага змін, що мали клінічне значення (перинатально значущі структурні аномалії плода, критична плацентарна дисфункція, реалізація внутрішньоутробного інфікування) склала 35,2%. Критичні плацентарні порушення виявлялися у 51/4580 (1,13%) жінок. У випадках ранньої затримки росту плода у 26-30 тижнів (44/51, або 86,2%) результати вагітностей були несприятливими. У 83,9% випадків

некритичних плацентарних порушень мали місце клінічно сприятливі перинатальні наслідки. Доклінічним предиктором прееклампсії та перинатальних ускладнень при вагітності низького ризику можна вважати двостороннє підвищення резистентності маткових артерій на тлі раннього кальцинозу плаценти: OR 300 (при CI 95% 278-335), RR 75 (при CI 95% 71-79).

Висновки. Особливості, виявлені при ехографії в другій половині вагітності низького ризику, у 3,2% випадків «переводять» низький ризик вагітності у високий та у 6,6% — у невизначений. Медична тактика змінювалася менш ніж в 1% випадків на підставі результатів ехографії після 22 тижнів. Значення УЗ-дослідження полягало в прогнозуванні результату вагітності, госпіталізації вагітної в перинатальний центр, проведенні терапії, достроковому розродженні, необхідності реанімаційних заходів та/або інтенсивної терапії новонароджених, консультацій, транспортування, оперативних втручань та/або медикаментозної терапії новонароджених.

СУДИННІ КІЛЬЦЯ

Семенюк В.П., Морковкіна А.Є.,

Рокицька Н.В., Таммо Раад, Ялинська Т.А.

Державний заклад "Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології і кардіохірургії МОЗ України", м. Київ

Вступ. Судинні кільця — це група вроджених аномалій судин, що охоплюють и здавлюють трахею та стравохід, спричинюючи різного ступеню розлади дихання, такі як: респіраторний дистрес-синдром у новонароджених, стридор, задишка, втягнення грудної клітки під час вдиху, а також порушення ковтання.

Мета. Оцінити можливості комп'ютерної томографії у виявленні й ідентифікації судинних кілець згідно з їх анатомічною конфігурацією для планування тактики ведення пацієнтів.

Матеріал та методи. З 2006 по 2015 рік 77 пацієнтам віком від доби до 41 року, з попередньо встановленим Ехо-КГ висновки — судинне кільце, виконано комп'ютерну томографію. Обстеження проводилось на 16-зрізовому комп'ютерному томографі, артеріальна фаза з наступною мультипланарною й 3D-реконструкцією.

Результати. У 18 (23%) скерованих на обстеження випадках даних за судинне кільце не отримано. У 59 (77%) пацієнтів підтвердився діагноз судинного кільця, із них 40 (68%) — це діти до року. У 13 (22%) пацієнтів виявлено подвійну дугу аорти (DAA), із них з домінантною правосторонньою дугою аорти й атрезією лівої дуги дистальніше відходження лівої підключичної артерії — 9 випадків, у тому числі один дорослий із різкою коарктацією домінантної правої дуги; з домінантною правою дугою й стенозом лівої дуги — три пацієнти; з домінантною лівою дугою — 1 випадок. У 40 (68%) пацієнтів була виявлена правостороння дуга аорти з лівою артеріальною зв'язкою, із них у 8 випадках — правостороння дуга аорти з лівосторонньою низхідною аортою (circumflex Ao Arch). Синдром здавлення трахеї плечоголовним стовбуром (innominate artery compression syndrome) без значущого зменшення її просвіту діагностовано в 3 (5%) випадках. У 3 (5%) випадках підтверджено аномальне відходження лівої легеневої артерії від правої легеневої артерії (PA sling). Здавлення трахеї відмічалось в 36 (61%) із 59 випадків,

зокрема, в 100% при PA sling, DAA – в 11 (85%) із 13 випадків, і 22 (55%) із 40 випадків із правосторонньою дугою аорти і лівою артеріальною зв'язкою/протокою. Супутніми вадами серця були дефекти міжшлуночкової перегородки, аномальне відходження правої гілки легеневої артерії від висхідної аорти, подвійне відходження магістральних судин від правого шлуночка, атрезія легеневої артерії I і II типів, Тетрада Фалло, коарктація аорти. У центрі прооперовано 19 (32%) пацієнтів із судинними кільцями. Одна дитина двомісячного віку після реконструкції дуги аорти (aorta uncrossing procedure) потребувала проведення контрольної комп'ютерної томографії з в/в контрастуванням у зв'язку із збереженням протягом трьох тижнів проявів вираженої дихальної недостатності, обумовленою стенозом трахеї.

Висновки. Комп'ютерна томографія з мультипланарною та 3D-реконструкцією дозволяє точно визначити тип судинного кільця, супутні вроджені вади серця, дає змогу оцінити значущість компресії трахеї й, відповідно, допомагає кардіологу й реаніматологу визначити тактику ведення пацієнта, а хірургу — оперативний підхід й тип операції для кожної категорії судинних кілець.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЕ РАКА

Сергеев Д.В., Вороньжев И.А., Крамной И.Е.,
Коломийченко Ю.А., Бобкова И.Л.
*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Обтурационная кишечная непроходимость является одним из наиболее частых осложнений рака левой половины толстой кишки. Это связано с особенностями местного роста опухолей (эндофитный, циркулярный), спецификой интрамурального лимфооттока, а также большой плотностью опухоли этой локализации и меньшим диаметром кишки. Кишечная непроходимость опухолевого генеза составляет 60-80% из всех причин непроходимости толстой кишки. Ведущую роль в диагностике данного осложнения рака левой половины ободочной кишки играют лучевые методы исследования.

Цель работы. Определить степень сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака по данным лучевых методов исследования.

Материал и методы. Изучены данные ирригоскопии (графию), компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости 38 больных в возрасте 35-67 лет, находившихся на лечении с диагнозом рака левой половины ободочной кишки, осложненного обтурационной непроходимостью.

Результаты. Поставленная цель достигнута разработкой способа рентнограмметрической диагностики степени сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака. Предложенный способ объективизации полученных рентгенологических данных защищен патентом (Патент Украины № 97380 от 10.03.2015 г., бюл. № 5). Согласно изобретению, с помощью ирригоскопии (графию) и компьютерной томографии брюшной полости определяют

протяженность зоны сужения левой половины ободочной кишки и уменьшение ее просвета. В этой связи было предложено выделить в соответствии с клиническими проявлениями 3 степени сужения левой половины ободочной кишки при инфильтративной форме рака. Первая (легкая) степень отмечалась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 1-3 см, уменьшения просвета кишки до 2 см и «ступеньки» между пораженным и непораженным участками кишки, данная степень была диагностирована у 28,9% больных. Вторая (средней тяжести) степень определялась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 4-6 см, уменьшения просвета кишки до 1 см и «ступеньки» между пораженным и непораженным участками кишки, данная степень определялась у 52,6% исследованных. Третья (тяжелая) степень имела место у 18,4% пациентов и устанавливалась при наличии зоны сужения ободочной кишки протяженностью 7 см и более, уменьшения просвета кишки менее 1 см, появления «кракового» канала и выраженного престенотического расширения непораженной части кишки.

При проведении обзорной рентгенографии брюшной полости у 65,8% больных с опухолями левых отделов ободочной кишки имели место признаки кишечной непроходимости. На обзорных рентгенограммах при этом характерным было малое количество «чаш Клойбера». При обтурации кишки опухолью вздувались отделы, расположенные проксимальнее препятствия.

Использование КТ имело большое диагностическое значение для определения как степени стенозирования, так и протяженности процесса при выраженных опухолевых стенозах, когда невозможно использовать другие методы диагностики, в том числе и эндоскопические, а иногда и традиционные рентгенологические методики. Основными КТ-признаками при кишечной непроходимости были: сужение просвета; расширение петли кишки проксимальнее зоны поражения; утолщение стенки кишки (чаще циркулярного, реже асимметричного типа) толщиной около 2 см. Наличие мягкотканного образования размерами до 6 см отмечалось в 31,6% случаев. У части больных (34,2%) определялись инфильтрация окружающей клетчатки, увеличенные регионарные лимфатические узлы (в среднем до 16 мм) (21,1%), утолщение брюшины левого бокового канала и переднего листка паранефральной фасции (28,9%).

При УЗИ-исследовании у большинства пациентов со 2 и 3-й степенью сужения (60,5%) обнаруживали признаки кишечной непроходимости. Наиболее протяженные опухоли, по данным УЗИ, локализовались в области нисходящей ободочной кишки (44,7%). Значительное утолщение стенки кишки сопровождалось престенотическим расширением просвета с задержкой содержимого (60,5%). УЗ-картина опухолевого поражения толстой кишки характеризовалась наличием в просвете транзитной зоны патологического образования гетерогенной структуры, включающего в себя утолщенную гиперэхогенную стенку и гипозоногенный центр, так называемый симптом «пораженного полого органа».

Выводы. Рентгенологический метод исследования продолжает оставаться ведущим в диагностике кишечной непроходимости у больных раком левой половины ободочной кишки. Предложенный метод определения степени сужения левой половины ободочной кишки