

ООМ – в 3,88 раза ($p < 0,001$), чем у больных этой группы с ООМ ≤ 30 мл. В группе больных с прерванным мочеиспусканием показатели УФГ были на том же уровне, что и в группе больных с обструктивным типом УФГ. Показатели УФМ у больных этой группы с ООМ ≤ 30 мл существенно не отличались от таковых у больных с ООМ ≤ 30 мл, так же, как и ОПЖ, вместе с тем ООМ был в 11 раз большим.

Выводы. Количественные показатели УФМ при хроническом простатите не находятся в прямой зависимости от объема предстательной железы и объема остаточной мочи. Только комплексное использование УЗИ и УФМ позволяет получить объективную картину состояния уродинамики нижних мочевых путей у больных с ХП. Выявленные выраженные изменения уродинамики у 26,5% больных с ХП требуют назначения в комплексной терапии альфа-адреноблокаторов.

ВРОЖДЕННАЯ β -КЛЕТОЧНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕРИНСУЛИЗМОМ У НОВОРОЖДЕННОГО. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Клименко Т.М., Закревский А.Н.*,
Карапетян О.Ю.*, Гриценко С.М.**,
Сошко Т.В.**, Закревская А.А.**

** Кафедра неонатологии Харьковской
медицинской академии*

последипломного образования

*** Харьковский городской перинатальный центр*

Вступление. Островковые опухоли поджелудочной железы — это прежде всего аденомы и реже — аденокарциномы. Около 60% всех эндокринных опухолей поджелудочной железы — инсулинсекретирующие. Инсулинома встречается редко — 1:1 000 000, в основном болеют люди в возрасте 26-55 лет, у новорожденных и детей раннего возраста диагностируется в исключительных случаях [1-3, 6, 7]. У новорожденных крайне сложно заподозрить гипогликемические состояния, обусловленное инсулиномой, так как не существует специфических симптомов, и клинические проявления могут встречаться при других заболеваниях периода новорожденности [1-3]. Выявление объемного образования в поджелудочной железе при проведении УЗИ и/или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) свидетельствует о наличии инсулинпродуцирующей опухоли. В этом случае необходимо генетическое исследование и ПЭТ/КТ-сканирование, результаты которых позволяют дифференцировать фокальную и диффузную формы инсулиномы и определить тактику лечения [4-7].

Приводим собственное наблюдение пациента с инсулиномой.

Ребенок П., мальчик, родился в Харьковском городском перинатальном центре (ХГПЦ) от первой беременности. Беременность протекала на фоне кольпита, отеков беременных, признаков маточно-плацентарной инфекции (МПИ) по данным УЗИ в 19-20 нед. Ребенок родился в сроке 39 нед., роды самостоятельные, околоплодные воды светлые. Масса тела — 3700,0 г, рост — 54 см, ОГ — 35 см, ОГК — 34 см. По шкале Апгар — 8-9 баллов.

В возрасте 8 часов жизни отмечалось ухудшение

состояния за счет нарастания неврологической симптоматики в виде синдрома возбуждения ЦНС, судорог, дыхательной недостаточности, ребенок был переведен на ИВЛ. Гипогликемия (2,1 ммоль/л) скорректирована 10% раствором глюкозы. Состояние ребенка на фоне проводимой терапии улучшилось, однако судороги сохранялись на фоне противосудорожной терапии. Уровень гормонов (T_4 , ТТГ, инсулин, паратгормон) в крови в пределах нормы. Показатели гликемии колебались в пределах: натощак — 2,0-6,5 ммоль/л; через 2 часа после еды — 3,1-7,0 ммоль/л.

При рутинных ультразвуковых исследованиях патологии поджелудочной железы не было выявлено. Проведено целевое ультразвуковое сканирование на аппарате LOGIQ-е линейным датчиком 5-13 МГц у постели больного в состоянии физиологического сна с дозированной компрессией на брюшную стенку в режиме CrossXBeam. Структура поджелудочной железы неоднородная за счет гипэхогенной зоны 6х5х2 мм, расположенной по задней поверхности тела, вероятно, инсулинома.

В возрасте 3,5 месяцев ребенок был направлен в Hans Christian Andersen Children's Hospital. Обнаружена генетическая мутация отцовской АВСС8 Q923Х. Единичный эпизод падения глюкозы крови до 1,0 мМ, инсулин 235 рМ (N 18-173 рМ). Уровень глюкозы без октреотида составлял 11,4 мг/кг/мин. Проведена $18F^*DOPA$ PET/CT, выявлено очаговое поражение поджелудочной железы в зоне перехода тело-хвост.

В ходе операции подтверждено фокусное поражение поджелудочной железы, выявленное клинически и при проведении УЗИ в ХГПЦ и ПЭТ в Hans Christian Andersen Children's Hospital. Произведено удаление образования без дополнительной резекции поджелудочной железы. Уровень глюкозы в крови нормализовался сразу.

Заключение. Диагностика врожденной мальформации поджелудочной железы β -клеточной гиперплазии с гиперинсулизмом — инсулиномы у новорожденного является диагностически сложной задачей ввиду редкости встречаемости данной патологии, неспецифичности клинических проявлений. Комплексная оценка клинико-лабораторных данных и результатов дополнительных методов визуализации при тщательном соблюдении методик проведения позволила установить диагноз инсулиномы ребенку в возрасте 2 мес. в условиях ХГПЦ и своевременно принять меры для хирургического лечения в специализированной клинике. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы необходимо проводить с использованием современных технологий получения изображения высокого разрешения.

МОЖЛИВОСТІ ЗСУВНОХВИЛЬОВОЇ ЕЛАСТОГРАФІЇ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ПРОЦЕДУРИ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ

*Кориченський О.М., Бабкіна Т.М., Медведєв В.Є.
Кафедра променевої діагностики НМАПО
ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

Вступ. Термоабляція (ТА) широко застосовується для малоінвазивного лікування вогнищевих утворень у тканинах. Проблемою гіпертермічних методів ліку-