

Тезисы VIII Съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ) с международным участием (г. Москва, 2–5 октября 2019 года)

Часть II

Возможности эхографии в дифференциальной диагностике поражений кишечника у детей

Ларионова Е.В., Дорохов Н.А., Бухтоярова С.А., Тимошенская Н.В., Горобченко В.М.

КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства", Минздрава России, г. Барнаул
ФГБОУ ВО "Алтайский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Барнаул
e.larion@mail.ru

Цель исследования. Оценить особенности ультразвуковой картины у детей с заболеваниями кишечника.

Материал и методы. За период 2014–2018 гг. нами были обследованы пациенты с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) ($n = 10$), болезнью Крона ($n = 5$), которые составили основные группы сравнения. У всех пациентов были схожие жалобы: боли в животе, диспепсия, потеря веса. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Epic 7 (Philips) мультичастотными линейным и конвексным датчиками в В-режиме с применением режима цветового и энергетического доплеровского картирования, режима импульсно-волнового доплера. Критериями оценки ультразвуковой картины были взяты: лимфаденопатия мезентериальных лимфатических узлов, сохранность слоистости стенки кишечника, сохранность просвета кишки в зоне поражения, объем поражения. Достоверность различия оценивалась методом углового преобразования Фишера ($P < 0,01$).

Результаты. Возраст детей исследуемых групп составил от 10 до 17 лет. У детей с НЯК отмечалось расширение проксимальных и дистальных отделов толстого кишечника (восходящий и нисходящий отдел) до 20–25 мм, с анэхогенным (жидкостным) содержимым, с утолщением стенок до 8–10–12 мм, сохранением их слоистости, усилением васкуляризации, с локацией множественных увеличенных мезентериальных лимфатических узлов.

У пациентов с болезнью Крона было выявлено локальное кольцевидное гипозоногенное утолщение стенки терминального отдела подвздошной и слепой кишки до 15–20 мм без дифференцировки слоев на участке протяженностью до 50 мм. Просвет кишки неравномерно сужен, вплоть до исчезновения. В области пораженного участка кишечника лоцировались единичные увеличенные лимфатические узлы овальной формы. По результатам дополнительных методов обследования выставлен диагноз: болезнь Крона.

После проведенного лечения отмечалось значительное улучшение эхографической картины кишечника. По исследуемым критериям лимфаденопатия мезентериальных лимфатических узлов, сохранность слоистости стенки кишечника, сохранность просвета кишки в зоне поражения, а также больший объем поражения достоверно чаще регистрировались у детей с НЯК ($P < 0,01$).

За период наблюдения был выявлен клинический случай, когда при УЗ-исследовании у пациента справа лоцировался аперистальтический участок толстого кишечника с отсутствием просвета, с резко утолщенными неоднородными гиперваскуляризированными стенками. Лоцировались множественные лимфатические узлы средней и пониженной эхогенности, овальной и округлой формы, гиперваскуляризированные, размером не менее 25 мм. Эхографическое заключение: признаки поражения терминального отдела подвздошной кишки, восходящего отдела толстого кишечника с реакцией лимфатических узлов брюшной полости, исключить объемный процесс. Магнитно-резонансная томография брюшной полости подтвердила поражение восходящего отдела ободочной кишки с признаками частичной кишечной непроходимости и асцитом. Проведена правосторонняя гемиколонэктомия. После гистохимического заключения выставлен диагноз: неходжкинская лимфома.

Выводы. Указанные особенности эхографической картины и их критерии оценки могут позволить более точно предположить характер поражения кишечника. Метод ультразвуковой диагностики показывает значимую эффективность для выявления опухолевого поражения кишечника, уточнения локализации процесса.

Ультразвуковое исследование с контрастным усилением при патологии лимфатических узлов шеи

Лебедева Е.В., Жестовская С.И., Литвинова С.П.

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, г. Красноярск

КГБУЗ "Краевая клиническая больница", г. Красноярск
ФГБУ "Поликлиника №1" Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва
uzikkb@yandex.ru

Цель исследования. Применение у пациентов с патологией лимфатических узлов (ЛУ) шеи ультразвукового ис-

следования с контрастным усилением (КУУЗИ) для уточнения качественных, количественных критериев, сопоставление результатов с морфологической верификацией.

Материал и методы. Мультипараметрическое ультразвуковое исследование (УЗИ) ЛУ шеи, включающее В-режим, цветовое доплеровское картирование, компрессионную эластографию, выполнено 100 пациентам, оценивали яремные ЛУ. Для выбора "наиболее измененного" лимфатического узла выполнено КУУЗИ 32 пациентам с подозрением на злокачественное поражение ЛУ. Среди обследованных 23 мужчины, 9 женщин в возрасте от 28 до 80 лет, медиана возраста составила 53,9 года. Данные КУУЗИ сопоставлялись с результатами морфологической верификации.

По результатам морфологии все пациенты разделены на 2 группы: 1 – с доброкачественными заболеваниями ЛУ ($n = 9$, лимфадениты и гиперплазии); 2 – со злокачественным поражением ЛУ ($n = 23$, лимфомы и метастазы).

Результаты. Сканирование выполнялось в режиме Contrast, с механическим индексом 0,06–0,08. Исследование записывали кинопетлей продолжительностью не менее 360 с. В режиме постобработки оценивали качественные признаки поступления и выведения ультразвукового контрастного препарата в ЛУ: интенсивность контрастирования; характер поступления; четкость контуров; сравнение размеров ЛУ с В-режимом.

Качественные признаки перфузии ультразвукового контрастного вещества при злокачественном поражении ЛУ в 95,7% случаев были гиперконтрастными, в 91,3% – с неоднородным контрастированием. В группе ЛУ с доброкачественными изменениями у 33,3% пациентов выявлено гиперконтрастирование с неоднородным поступлением в 44,4% случаев, что затрудняло дифференциальную диагностику.

Нами проанализированы количественные критерии по кривой интенсивность–время: TP – время от введения контрастного препарата до достижения пика интенсивности в секундах; TTP – время от появления контрастного препарата до достижения пика интенсивности в секундах; PI – пик интенсивности в децибелах (дБ); WOT – время вымывания контрастного препарата в секундах; MTT – среднее время транзита контрастного препарата в секундах. Проведен ROC-анализ количественных показателей. Для дифференцировки доброкачественных и злокачественных поражений ЛУ статистически значимыми оказались следующие критерии: TP, PI, WOT, MTT, для каждого определено пограничное значение. Злокачественное поражение ЛУ шеи выявляется при превышении пограничных значений PI – 8,3 дБ (Se – 90,5%, Sp – 85,7%); MTT – 63,6 с (Se – 81,0%, Sp – 71,4%); WOT – 49 с (Se – 85,0%, Sp – 71,4%), а также при меньших значениях TP – 19,3 с (Se – 71,4%, Sp – 85,7%) ($P < 0,05$).

Выводы. В дифференциальной диагностике патологии лимфатических узлов шеи можно использовать КУУЗИ с оценкой количественных показателей перфузии: PI, WOT, MTT.

Ультразвуковая навигация для вакуумной аспирационной биопсии при новообразованиях молочных желез – от диагностической значимости к лечебной

Леванов А.В., Марущак Е.А., Плетнер П.Д., Магомедова П.Т.

ФГБУ "Центральная клиническая больница Российской академии наук", г. Москва
lavina2003@inbox.ru

Цель исследования. Показать значение, возможности и эффективность ультразвуковой визуализации для выполнения вакуумной аспирационной биопсии (ВАБ) и вакуумной резекции новообразований молочных желез.

Материал и методы. В обобщенные данные включены результаты наблюдения за 235 пациентками в возрасте от 20 до 48 лет с непальпируемыми новообразованиями молочных желез до 2 см, которым в условиях дневного стационара ЦКБ РАН было выполнено 250 вакуумных биопсий и резекций новообразований молочных желез. Предварительное типирование образований осуществляли посредством ТАБ и выполнением Core-биопсии. Вакуумная биопсия и резекции выполнялись под местной анестезией на аппарате EnCor ENSPIRE зондами – иглами 7 и 10 G. Для ультразвуковой визуализации использовали аппарат Hitachi F 37 с линейным датчиком 7,5 МГц. Из 250 пациенток у 235 выполнена односторонняя ВАБ и у 15 – одномоментная двусторонняя.

Результаты. При анализе диагностической информативности биоптатов оказалось, что треть (33%) исследований после ТАБ были неинформативны и до 10% отрицательных результатов оказалось после Core-биопсий. В то время как после выполненной ВАБ неинформативных исследований не было. Кроме того, качественная визуализация позволяла реализовать как процедуру биопсии, так и полное удаление образования. Ультразвуковое сопровождение процедуры ВАБ позволяло уверенно контролировать удаление образования – проследить отсутствие остаточной ткани и состояние гемостаза. Контрольное ультразвуковое исследование выполнялось на 2-е сутки. Напряженных внутритканевых гематом не отмечено. У 40 пациенток (18%) были локальные подкожные кровоподтеки.

Выводы. Использование ультразвукового сопровождения вакуумной аспирационной биопсии позволяет полностью удалить образование, снизить степень инвазии диагностических и лечебных манипуляций, в значительной степени повысить информативность и добиться лечебного воздействия с идеальным эстетическим эффектом.

Эхокардиографическая диагностика и клиническое значение гиперплазии евстахиева клапана

Легконогов А.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского", г. Симферополь
mtumaus@gmail.com

Цель исследования. Оценка частоты выявления и клинического значения гиперплазии евстахиева клапана (ГЕК).

Материал и методы. Проведены анализ и клиническая оценка результатов 37 577 трансторакальных и чреспищеводных доплер-эхокардиографических исследований.

Результаты. ГЕК была выявлена в 97 случаев из 37 577 исследований, что составило 0,25% от общего числа об-

следованных. ГЕК достоверно чаще встречалась у лиц моложе 18 лет (1,12%), тогда как в возрасте старше 18 лет частота выявления ГЕК составила всего 0,16% ($P < 0,001$). Критерием диагностики ГЕК явилось обнаружение только при трансторакальной эхокардиографии как минимум в трех проекциях подвижной линейной или волнообразной структуры длиной более 1,0 см в полости правого предсердия, исходящей из устья нижней полой вены. Чаще всего выявлялась изолированная ГЕК – у 28 пациентов, в том числе у 20 мужчин и 8 женщин, средний возраст $16,1 \pm 2,2$ года. Изолированная ГЕК являлась по сути эхокардиографической находкой и не сопровождалась какой-либо явной клинической симптоматикой. Не менее часто ГЕК находилась у больных с врожденными пороками сердца – 28 пациентов, в том числе 13 мужчин и 15 женщин, средний возраст $30,6 \pm 3,5$ лет. У данной категории больных преобладал дефект межпредсердной перегородки (18 пациентов), в том числе в сочетании с аневризмой межпредсердной перегородки (3), частичным аномальным дренажем легочных вен (1 больной). Реже встречались стеноз легочной артерии (3), дефект межжелудочковой перегородки (2), открытый атриовентрикулярный канал (2), аномалия Эбштейна (1), коарктация аорты (1), двустворчатый аортальный клапан (1). У 17 пациентов (15 мужчин и 2 женщины, средний возраст $20,0 \pm 3,1$ года) ГЕК сочеталась с другими малыми аномалиями сердца в рамках синдрома дисплазии соединительной ткани – аномалиями хордального аппарата левого желудочка (9 больных), пролапсом створок митрального клапана 2–3-й степени (3 пациента), аневризмой межпредсердной перегородки (2); в 3 наблюдениях имели место сочетанные малые аномалии развития сердца. ГЕК обнаруживали также у 23 пациентов (12 мужчин и 11 женщин, средний возраст $54,9 \pm 4,1$ года) с различной патологией сердечно-сосудистой системы ишемического и некоронарогенного происхождения – 9 больных с хронической ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом (3), артериальной гипертензией (2), миокардиофиброзом (2), протезом аортального клапана (2), инфекционным эндокардитом с поражением аортального клапана (1), митральным клапанным стенозом (1), аневризмой аорты (1), синдромом Кавасаки (1), синдромом WPW (1).

Выводы. ГЕК является редкой бессимптомной эхокардиографической находкой преимущественно у молодых людей. Частое сочетание ГЕК с межпредсердным сообщением может свидетельствовать о постнатальной задержке закрытия овального окна, связанной с персистирующим евстахиевым клапаном. Эхокардиографические особенности ГЕК требуют дифференциальной диагностики с внутриправопредсердными эхо-массами, вегетациями, эмбриологическими рудиментами.

Легочная гипертензия в кардиологической практике: клиничко-эхокардиографические особенности

Легконогов А.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского», г. Симферополь
mtumaus@gmail.com

Цель исследования. Изучить клиничко-эхокардиографические особенности различных вариантов легочной гипертензии (ЛГ).

Материал и методы. Проведены клиническая оценка и анализ результатов собственных 45 000 доплер-эхокардиографических исследований. Умеренной ЛГ соответствовал уровень среднего давления в легочной артерии (ЛА) до 50 мм рт.ст., тяжелая ЛГ характеризовалась средним давлением в ЛА свыше 50 мм рт.ст.

Результаты. Клинически значимая умеренная и тяжелая ЛГ была установлена у 283 пациентов, что составило 0,63% обследованных. Тяжелая ЛГ была выявлена у 106 больных, в том числе у 30 мужчин и 76 женщин, средний возраст которых составил $43,1 \pm 1,7$ года в возрастном диапазоне 14–75 лет. Больные врожденными пороками сердца (ВПС) составили большую часть пациентов с тяжелой легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) – 49 человек (10 мужчин и 39 женщин, средний возраст $43,0 \pm 1,8$ года в возрастном диапазоне 14–69 лет), в том числе 16 с дефектом межжелудочковой, 9 с дефектом межпредсердной перегородки, 7 с транспозицией магистральных сосудов, 6 с открытым общим атриовентрикулярным каналом, 3 с корригированной транспозицией магистральных сосудов, 3 с двойным отхождением магистральных сосудов от правого желудочка, 3 с общим артериальным стволом, 2 с аномалией Эбштейна. Тяжелая ЛГ была также установлена у 12 пациентов с идиопатической ЛАГ (ИЛАГ), 21 больного с рецидивирующей тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), 10 – с приобретенными клапанными пороками сердца (в 7 наблюдениях с тяжелым митральным стенозом, 3 – с тяжелым аортальным стенозом), у 7 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным аневризмой левого желудочка, 4 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 3 – с дилатационной кардиомиопатией. Умеренная ЛГ была установлена у 177 пациентов (97 мужчин и 80 женщин, средний возраст $60,3 \pm 1,3$ года в возрастном диапазоне 21–87 лет), в том числе у 54 больных дилатационной, 26 – ишемической кардиомиопатией, 38 с приобретенными клапанными пороками сердца, 26 с ТЭЛА, 17 с ПИКС, 9 с ВПС, 7 с ХОБЛ. ЛАГ-специфическая терапия бозентаном и/или силденафилом проводилась 11 пациентам с ИЛАГ и 8 больным с ВПС без существенного клинического эффекта; в остальных случаях использовалась неспецифическая терапия диуретиками, положительными инотропными средствами, антикоагулянтами.

Выводы. Наиболее выраженные проявления ЛГ наблюдались преимущественно у больных ВПС с артериальновенозным и на далеко зашедшей стадии заболевания венозно-артериальным сбросом крови, ИЛАГ и тромбоэмболической ЛГ. Для преимущественно венозной ЛГ были характерны менее выраженные клинические проявления ЛГ, чаще встречавшиеся у больных с ишемическими, неко-

ронарогенными и клапанными поражениями сердца, а также с патологией легких, сопровождающейся гипоксемией.

Клинико-эхокардиографические характеристики первичных и метастатических новообразований сердца

Легконогов А.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского", г. Симферополь
mtumaus@gmail.com

Цель исследования. Оценка возможностей эхокардиографического исследования в диагностике внутрисердечных новообразований.

Материал и методы. Проведен анализ результатов клинического и доплер-эхокардиографического обследования 42 больных с впервые выявленными новообразованиями сердца.

Результаты. Частота выявления опухолей сердца составила 0,06% от общего количества обследованных. В 39 наблюдениях диагностированы доброкачественные новообразования сердца. Чаще всего, в 26 наблюдениях, встречались миксомы левого предсердия, типично исходящие на ножке из межпредсердной перегородки и в различной степени пролабирующие в полость левого желудочка в диастолу между краями створок митрального клапана. В большинстве случаев клиническая картина заболевания была неспецифической и характеризовалась различной степени выраженности одышкой при физической нагрузке, экстрасистолией, персистирующей фибрилляцией предсердий, в 2 наблюдениях пресинкопальными состояниями. У 1 пациента 4 годами ранее до запоздало распознанной миксомы левого предсердия развился обширный ишемический инсульт и тромбоз бедренной артерии, очевидно, вследствие эмболии частичками фрагментированной миксомы. У 6 больных была диагностирована миксома правого предсердия, в 1 случае это был рецидив через 4 года после операции по ее удалению. Все пациенты после установленного диагноза миксомы предсердий были успешно прооперированы с морфологическим подтверждением диагноза. В одном случае миксома левого предсердия оказалась злокачественной с неконтролируемым ее ростом после хирургического иссечения. У 2 пациентов в качестве эхокардиографической находки была выявлена доброкачественная опухоль левого желудочка, в одном наблюдении предположительно фиброма, в другом папиллома, в обоих случаях бессимптомная. Оперативного лечения этим пациентам не проводилось, при динамическом наблюдении размеры опухоли не увеличивались. В 1 случае была диагностирована предположительно доброкачественная опухоль правого желудочка, не подтвержденная морфологически. У 1 пациента с гипернефромой левой почки была выявлена метастатическая опухоль правого предсердия. В 1 наблюдении у 67-летней женщины была диагностирована подтвержденная интраоперационно злокачественная опухоль легочной артерии, первоначально принятая за врожденный порок – стеноз легочной артерии.

Выводы. Анализ диагностических возможностей традиционных клинико-анамнестических и инструментальных методов обследования больных с новообразованиями сердца свидетельствует об их различной значимости и демонстри-

рует преимущества прижизненной диагностики данной патологии с помощью ультразвукового исследования.

Чреспищеводная эхокардиография в неотложной кардиологии

Легконогов А.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского", г. Симферополь
mtumaus@gmail.com

Цель исследования. Оценка возможностей чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) для диагностики острой патологии сердца и магистральных сосудов.

Материал и методы. Проведены клиническая оценка и анализ собственных результатов 250 ЧПЭхоКГ-исследований.

Результаты. Чаще всего, в 13 наблюдениях, с помощью ЧПЭхоКГ был выявлен инфекционный эндокардит (ИЭ) – в 6 случаях аортального клапана, 5 – митрального клапана (2 с параклапанным абсцессом, 1 с фистулой передней створки), в 2 наблюдениях – послеоперационный ИЭ трикуспидального клапана. Расслаивающая аневризма нисходящей части и дуги грудной аорты была диагностирована в 6 наблюдениях, в том числе в 2 случаях с тромбозом ложного просвета. Патологические эхо-массы были выявлены в 5 наблюдениях – в 2 случаях ставшие источником тромбоза ветвей легочной артерии подвижные тромбы в правом предсердии, в 1 наблюдении массивные метастазы в правых отделах сердца, в 2 случаях миксома с атипичным ростом из передне-боковой стенки левого предсердия. В 2 наблюдениях ЧПЭхоКГ позволила выявить коронарно-левопредсердную фистулу и фистулу правого коронарного синуса Вальсальвы. В 3 случаях был диагностирован тромбоз митрального клапанного протеза, у 1 пациента была выявлена огромная нестабильная атеросклеротическая бляшка проксимального отдела нисходящей части грудной аорты. Результаты ЧПЭхоКГ во всех наблюдениях стали определяющими в решении вопросов дальнейшего хирургического лечения и интенсивной терапии.

Выводы. Трансторакальное эхокардиографическое исследование при остро возникших и неотложных состояниях далеко не всегда позволяет оперативно получить необходимую диагностическую информацию, поэтому проведение ЧПЭхоКГ приобретает решающий характер для своевременной диагностики и определения дальнейшей тактики лечения.

Врожденные пороки сердца у взрослых: алгоритмы диагностики против казуистики

Легконогов А.В., Легконогова Л.Г.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского", г. Симферополь
Клиника "Гемокод Крым", г. Симферополь
mtumaus@gmail.com

Цель исследования. Оценка противоречий между общепринятыми представлениями о врожденной патологии сердца у взрослых и нестандартными ситуациями.

Материал и методы. Обследовано 30 000 лиц старше 25 лет, которым проводились трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография.

Результаты. На впервые диагностированные в зрелом и пожилом возрасте ВПС пришлось 1,39% проведенных исследований (417 пациентов), причем ВПС впервые были обнаружены у 41 из 5346 обследованных пациентов старше 60 лет, что составило 0,77%. В целом у взрослых больных ВПС чаще всего выявлялся дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 179 пациентов, значительно реже диагностировали дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) (48 наблюдений). В 98 случаях был выявлен двустворчатый аортальный клапан, сопровождавшийся гемодинамически значимыми аортальным клапанным стенозом и (или) недостаточностью. Коарктация аорты была впервые обнаружена у 25 больных, в 16 наблюдениях она сочеталась с двустворчатым аортальным клапаном. Диагноз аномалии Эбштейна (АЭ) впервые был установлен у 16 пациентов, открытый артериальный проток (ОАП) – у 15 больных, изолированный стеноз легочной артерии – 12, корригирующая транспозиция магистральных сосудов (КТМС) – 6, тетрада Фалло – 5, врожденная аневризма синуса Вальсальвы (ВАСВ) – 5, врожденная аневризма восходящей части и дуги грудной аорты – 4, синдром Лютембаше – 2, врожденная митральная недостаточность – 2, левосформированное срединнорасположенное сердце – в 2 случаях. У больных ВПС в возрасте старше 60 лет преобладали вторичный ДМПП (28 наблюдений), реже обнаруживали ДМЖП (4), КТМС (3), ВАСВ (4), ОАП (1), АЭ (1).

Выводы. Несвоевременное обнаружение и затруднения в первичной диагностике ВПС у взрослых и пожилых пациентов могут быть обусловлены устоявшимися диагностическими стереотипами, когда результаты клинического наблюдения и инструментального обследования трактуются в пользу распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, а также переоценкой сопутствующих возрастных структурно-функциональных изменений сердца и ненадлежащим врачебным контролем.

Случай диагностики и лечения артериовенозного соустья малого таза в раннем послеродовом периоде

Лисина М.Б., Терегулова Л.Е., Терегулов А.Ю.

*ГАУЗ "Республиканская клиническая больница" Минздрава
Республики Татарстан, г. Казань
lisina_r@mail.ru*

Цель исследования. Описание случая диагностики и лечения артериовенозного соустья малого таза после простой экстирпации матки в раннем послеродовом периоде.

Материал и методы. Проведено обследование: ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, тазовая ангиография. Ультразвуковое исследование проведено на аппарате Philips IU22 с использованием В-режима, режимов цветового доплеровского картирования и импульсноволнового доплера.

Результаты. Диагностика была проведена в несколько этапов. При плановом ультразвуковом исследовании (УЗИ) после операции простой экстирпации матки с перевязкой одной из ветвей правой внутренней подвздошной артерии в малом тазу справа было обнаружено гипоехогенное образование, подозрительное на ложную гематому. Также было выявлено расширение чашечно-лоханочной системы

справа, которое не определялось до операции (следовательно, мочеточник справа был сдавлен). В связи с этим было назначено УЗИ экспертного уровня, на котором у культуры влагища, справа, определялось жидкостное образование диаметром 30 мм. Скорость кровотока в данном образовании до 24 см/с, рядом с ним определялись расширенные вены с высокоскоростным потоком до 180 см/с. При цветовом доплеровском картировании – мозаичность окраски, связанная с турбулентным характером потока. В режиме импульсноволнового доплера: специфичный артериовенозный (АВ) тип кровотока – высокоскоростные систолические пики, характерные для артериального кровотока, и одновременно повышенный диастолический компонент. Таким образом, больше данных было за АВ-соустье. Далее была проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) с болюсным контрастированием. По результатам исследования: сосудистое образование, накапливающее контрастный препарат в артериальную фазу. В венозную и отсроченную фазы образование не контрастировалось. По результатам РКТ невозможно было провести дифференциальную диагностику между ложной аневризмой, АВ-соустьем и аневризматически расширенными венами, что являлось показанием для проведения ангиографии. При тазовой ангиографии: объемное образование одной из ветвей правой внутренней подвздошной артерии, заполняемое контрастным препаратом, с крупным венозным сбросом, что подтверждало диагноз АВ-соустья. Также определялась перевязанная ветвь внутренней подвздошной артерии, заполняемая через две коллатерали ретроградно. Через коллатерали были заведены микрокатетеры, по ним в место предполагаемого дефекта были доставлены и установлены микроспиральи. В результате АВ-фистула полностью окклюзирована. Расширение чашечно-лоханочной системы справа значительно уменьшилось уже во время операции, что также подтверждало диагноз.

Выводы. Ультразвуковое исследование является доступным методом исследования сосудистых патологий, который определяет показания к дальнейшему алгоритму диагностики и лечения.

Динамическая ультразвуковая оценка структурно-функциональных параметров общей сонной и плечевой артерий на фоне комбинированной антигипертензивной терапии антагонистами кальция

*Лохина Т.В., Беренштейн Н.В.,
Александрова Н.В., Миронова Т.С.*

*Пензенский институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза
berenshtein2011@yandex.ru*

Цель исследования. Оценка вазопроTECTивных эффектов комбинированной антигипертензивной терапии дигидропиридиновым (амлодипин) и недигидропиридиновым антагонистом кальция (верапамил ретард).

Материал и методы. Проведено обследование 62 больных артериальной гипертензией (34 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 39 до 65 лет. В исходе, через 1 и 6 мес комбинированной терапии амлодипином и верапамилом ретард ультразвуковым методом оценивали структурно-функциональные показатели общей сонной артерии (ОСА) (толщина КИМ, диаметр ОСА, коэффициент растяжимости (DC) и индекс жесткости β сосудистой стенки) и плечевой арте-

рии (ПА) (толщина КИМ, диаметр ПА, показатели эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) вазодилатации); проводили оценку показателей СМАД, эхокардиографии.

Результаты. Динамический контроль структурно-функциональных показателей ОСА и ПА через месяц комбинированной терапии, несмотря на достигнутый антигипертензивный эффект (среднесуточные показатели САД и ДАД в исходе: $171,5 \pm 6,8$ и $101,4 \pm 4,6$; на фоне терапии: $141,1 \pm 4,3$ и $87,6 \pm 2,4$ мм рт.ст. соответственно), не выявил существенной достоверной динамики контролируемых параметров. Контрольная оценка через 6 мес терапии показала, что ни в одном случае прогрессирования структурно-функционального ремоделирования ОСА и ПА не наблюдалось. Толщина КИМ ПА имела недостоверную тенденцию к уменьшению ($P > 0,05$). Толщина КИМ и диаметр ОСА существенно не изменились, отмечена тенденция к уменьшению диаметра сосуда. Достоверно увеличился диаметр ПА (в исходе – $4,54 \pm 0,14$ мм, через 6 мес терапии – $5,09 \pm 0,14$ мм) в среднем на 12% ($P < 0,05$), что закономерно, учитывая известную активность антагонистов кальция, особенно амлодипина, в отношении гладкомышечных клеток стенки резистивных сосудов. Достоверно улучшилась эндотелиальная функция сосудистой стенки: на 37,8% ($P < 0,01$) в среднем увеличилась ЭЗВД ПА (в исходе: $5,08 \pm 0,16\%$; на фоне терапии: $7,0 \pm 0,17\%$), ЭНЗВД осталась в пределах нормы (в исходе и в динамике составила $18,8 \pm 0,55$ и $19,0 \pm 0,6\%$ соответственно). Показатели эластичности стенки ОСА также имели положительные изменения, хотя и менее выраженные по сравнению с динамикой показателей ПА: индекс жесткости β ОСА уменьшился в среднем на 16,7%, коэффициент растяжимости DC ОСА достоверно ($P < 0,05$) увеличился по сравнению с исходом на 22,6%.

Выводы. Комбинация дигидропиридинового и недигидропиридинового антагонистов кальция характеризуется как высоким антигипертензивным, так и протективным эффектом в отношении органов-мишеней. По данным УЗИ показан регресс структурно-функциональных изменений сосудов при длительной терапии данной комбинацией, что демонстрирует ее прогностически важное влияние на процессы сосудистого ремоделирования.

Т-образная матка – нерешенные вопросы диагностики, лечения и репродуктивного прогноза

Лукьянова Е.А., Лысенко О.В.

*Медицинский центр "Новый Лекарь", г. Минск, Беларусь
ВГМУ, СООО "Бина", г. Витебск, Беларусь
ektko@mail.ru*

Цель исследования. Определить распространенность Т-образной матки класса U1a ESHRE/ESGE у пациенток с бесплодием, изучить репродуктивный анамнез, обосновать необходимость проведения 3D-эхографии у пациенток с бесплодием в скрининговом режиме.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 пациенток репродуктивного возраста с первичным бесплодием неясного генеза с диагностированной с помощью трехмерной эхографии Т-образной маткой (класс U1a классификации ESHRE/ESGE 2013 г.). Всем женщинам произведено 2D- и 3D-ультразвуковое исследование в середине второй фазы цикла, учитывая возможность получения

качественного трехмерного изображения в эти дни менструального цикла. УЗИ в 2D-режиме не всегда помогает визуализировать особенности полости матки, коронарную плоскость и применить классификацию аномалий женских половых путей ESHRE/ESGE 2013 г. Исследования проводились на аппаратах Voluson E8 GE, Acuvix V10 Samsung-Medison. Проводился ретроспективный анализ архива объемных изображений матки за 2013 г. Проводился анализ публикаций по этой теме.

Результаты. У всех обследованных пациенток при проведении трехмерной эхографии была диагностирована Т-образная матка (класс U1a классификации ESHRE/ESGE 2013 г.), в 2D-режиме размеры матки были в пределах нормальных референтных значений согласно возрастному периоду. Возраст женщин составил от 28 до 40 лет. Во всех случаях отсутствовали данные о внутриутробном воздействии диэтилstilбэстрола. Длительность бесплодия составила 8 (5; 10) лет. У 8 из 10 женщин в анамнезе от 3 до 6 попыток контролируемой индукции овуляции без эффекта. Четверем женщинам проводились 1–2 цикла внутриматочной инсеминации без эффекта. У восьми пациенток из 10 в анамнезе от одной до трех неудачных попыток ЭКО. При ретроспективном анализе протоколов индукции супероуляции и эмбриопротоколов обращает на себя внимание, что во всех случаях ответ на стимуляцию был оптимальным и получено не менее двух эмбрионов хорошего качества, пригодных для переноса.

Несмотря на длительность бесплодия, попытки его преодоления, ни одной пациентке ранее не производилось трехмерное ультразвуковое исследование.

Нами также проведен ретроспективный анализ объемных изображений, полученных при проведении 3D-УЗИ пациентам, обратившимся на консультативный прием по поводу бесплодия в клинику ВГМУ за 2013 г. Этот период времени был выбран в связи с тем, что в 2013 г. всем пациентам трехмерная эхография производилась в скрининговом режиме и полностью сохранен архив 2D- и 3D-изображений. За 2013 г. в клинику ВГМУ обратилось 659 пациенток с бесплодием, среди них при применении трехмерной эхографии Т-образная матка была выявлена у 14 женщин, что составило 2,1%.

Публикации по этой теме крайне немногочисленны. Авторы всех публикаций обращают особое внимание на плохой репродуктивный прогноз без проведения гистероскопической метропластики. Но методика гистероскопической метропластики окончательно не отработана, плохо задокументирована, а опубликованные исследования носят пилотный характер и апробированы на небольших группах пациентов.

Выводы. Частота Т-образной матки у женщин с бесплодием составила 2,1%, причины ее неизвестны. Нет данных, что именно дефицит и особенности формы полости матки являются причиной репродуктивных неудач, но отмечается крайне плохой репродуктивный анамнез и прогноз у пациенток с Т-образной маткой. Всем женщинам с бесплодием необходимо проводить 3D-эхографию для диагностики аномалий развития матки. Необходимо поиск и совершенствование путей хирургической коррекции.

Ультразвуковая диагностика изменений лучевого нерва в ранние сроки после переломов диафиза плечевой кости

Мажорова И.И., Титов Р.С., Хамидова Л.Т., Боголюбовский Ю.А., Трофимова Е.Ю.

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы", г. Москва
shinycoin@yandex.ru

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике поврежденных лучевого нерва в ранние сроки после травмы.

Материал и методы. Обследовали 56 пациентов с переломами диафиза плечевой кости с клиническими признаками нейропатии лучевого нерва в ранние сроки после травмы с использованием ультразвуковых сканеров MyLab 70 и MyLab Class C (Esaote, Италия) линейными датчиками с диапазонами частот сканирования 5–13 МГц, и конвексным датчиком 1–8 МГц. Исследование проводили в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, билатерально. Оценивали состояние тканей, окружающих нерв, площадь поперечного сечения (S) нерва, его целостность, взаимоотношение с костными отломками, внутреннюю структуру нерва. Верификацию проводили по интраоперационным данным и клинически. Исследование проводили на 2–4-е сутки после травмы. Наличие параоссальных гематом и отека мягких тканей в 1-е сутки после травмы осложняло проведение диагностики.

Результаты. Визуализация ствола лучевого нерва на всем протяжении получена у 100% осмотренных больных, при этом у 54 пациентов при первичном исследовании. Сложности визуализации по причине отека мягких тканей возникли у 2 больных, что послужило причиной повторного исследования. В 1 случае (1,8%) выявлен полный разрыв лучевого нерва на уровне перелома. У 16 пациентов (28,6%) выявлен контакт нерва с костными отломками плечевой кости. При этом у 6 больных (10,7%) выявлена компрессия нерва костным отломком и его натяжение, а у 10 больных (17,9%) – интерпозиция нерва между костными отломками. В остальных случаях мы не выявили контакта нерва с отломками. У всех обследованных больных выявили отек нервного ствола – S поперечного сечения (см²) увеличивалась при норме $M = 0,06$ (min 0,04; max 0,09) до $M = 0,10$ (min 0,07; max 0,21), при этом при наличии компрессии костным отломком отек проксимальной части был более выраженным по сравнению с контралатеральной стороной $M = 0,12$ (min 0,09; max 0,22) с локальным уменьшением толщины нерва в зоне компрессии. Проксимальнее компрессии толщина нерва $M = 3,4$ мм (min 2,9 мм; max 4,1 мм). На уровне компрессии $M = 1,5$ мм (min 1,2 мм; max 1,7 мм), при отсутствии компрессии костными отломками отек был менее выражен. У всех больных с компрессией нерва и выраженным его отеком отмечали снижение экзогенности и нарушение дифференцировки на пучки, внутренняя структура чаще всего была представлена однородной гипохогенной зоной. У 40 больных без контакта нерва с костными отломками и менее выраженным отеком наблюдали частичное нарушение дифференцировки в виде утолщения отдельных волокон в структуре нерва, увеличения размеров и количества гипохогенных зон. На основании данных УЗИ травматологи определяли тактику лечения перелома плечевой кости и выбирали метод остеосинтеза. Наличие

контакта ствола лучевого нерва с костными отломками (компрессия или интерпозиция) было абсолютным показанием к открытой ревизии нерва и остеосинтезу пластиной. В других случаях ревизия не была обязательной и ее проводили, когда характер перелома требовал его фиксации пластиной и ревизия была обусловлена особенностью хирургического доступа. Ревизия лучевого нерва выполнена 35 больным (из них 16 по абсолютным показаниям).

Выводы. УЗИ является информативным методом визуализации лучевого нерва в остром периоде травмы. Данные УЗИ позволяют своевременно выбрать адекватную лечебную тактику.

Значение ультразвукового исследования в диагностике поврежденных сухожилий верхней конечности

Мажорова И.И., Хамидова Л.Т., Титов Р.С., Трофимова Е.Ю., Пащенко И.Д., Файн А.М.

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы", г. Москва
shinycoin@yandex.ru

Цель исследования. Определить значение ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике поврежденных сухожилий верхней конечности.

Материал и методы. Обследовали 24 пациента (мужчин) в возрасте от 34 до 64 лет, активно занимавшихся спортом, у которых диагностировали разрывы сухожилий верхней конечности. Из всех пациентов двое профессиональные спортсмены, остальные любители. Из поврежденных преобладали разрывы дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча – 13 пациентов, разрывы сухожилия большой грудной мышцы – 4 пациента и разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча – 7 пациентов. Исследование проводили на сканере MyLab Class C (Esaote, Италия) линейным датчиком 5–13 МГц. Оценивали целостность, экзогенность и толщину сухожилия, величину диастаза между проксимальным и дистальным концом сухожилия, наличие гематомы в зоне разрыва в поперечном и продольном сканировании на сроке от 5 до 30 дней от момента травмы и в послеоперационном периоде.

Результаты. Разрывы сухожилий верхней конечности в 24 случаях были установлены по результатам ультразвукового исследования. Как правило, мы наблюдали отрывы сухожилий от мест фиксации к кости, в двух случаях разрывы сухожилия большой грудной мышцы локализовались в мышечно-сухожильном переходе. Во всех случаях при исследовании мы получили продольные срезы разорванного сухожилия. Основные признаки разрыва сухожилий мышц: отсутствие визуализации сухожилия в типичном месте – симптом "пустого футляра" – 22 случая (у 91,7%), наличие жидкостных зон в месте диастаза – 14 случаев (у 58,3%), утолщенная "гофрированная" часть сухожилия, расположенная у мышечно-сухожильного перехода, – 22 случая (91,7%), определение мелких костных включений в структуре сухожилия – 10 случаев (41,7%), а также наличие дефекта в структуре надкостницы в месте прикрепления сухожилия к кости – неровность ее контура и прерывистость гиперэхогенного кортикального слоя – 12 случаев (50%). В двух случаях разрыва дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча (на сроке более 14 дней) клинически был спорный момент ввиду того, что при пальпации отмечали тяжи, а при УЗИ отсутствовал симптом "пустого футляра".

ра” за счет формирования рубцовой ткани и организации гематом. Однако при УЗИ четко был виден диастаз между сухожилием и местом его прикрепления к лучевой кости. Для планирования хирургического доступа проводили маркировку уровня ретракции оторванного сухожилия. Во всех случаях разрывы были подтверждены интраоперационно и произведена их рефиксация к кости чрескостными швами или анкерами. В послеоперационном периоде производили динамическое обследование пациентов, оценивали анатомический ход сухожилий и динамику признаков тендинита (толщины сухожилий, наличия жидкостных зон, наличие в них кровотока). Признаков повторных разрывов не выявляли, пациенты вернулись к своей обычной активности. У всех пациентов признаки тендинита сухожилий постепенно регрессировали к 6 мес от момента оперативного лечения.

Выводы. УЗИ с поперечным и продольным сканированием применяется для точного определения анатомического соотношения сухожилия и мышцы верхней конечности и обладает высокой информативностью, доступной интерпретацией получаемых данных, возможностью проведения многократных обследований в динамике, малой стоимостью относительно МРТ и может быть использовано в рутинной практике.

Возможности ультразвукового исследования в прогнозе эффективности органосохраняющего объема операции при родоразрешении пациенток с вращением плаценты

Макухина Т.Б., Колесник И.В.

ФГБОУ ВО “Кубанский государственный медицинский университет”
Минздрава России, кафедра акушерства, гинекологии
и перинатологии ФПК и ППС, г. Краснодар
ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2” Минздрава
Краснодарского края, Перинатальный центр, центр перинатальной
диагностики, г. Краснодар
soltatiana@mail.ru

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового исследования в III триместре беременности в прогнозе эффективности органосохраняющего объема операции при родоразрешении пациенток с вращением плаценты.

Материал и методы. Сравнительный ретроспективный анализ данных ультразвуковых исследований 73 пациенток Перинатального центра с гистологически подтвержденным вращением плаценты. Выделены группы пациенток: 1 – выполнено кесарево сечение с метрoplastикой, перевязкой восходящих ветвей маточных артерий и/или временной баллонной окклюзией подвздошных артерий (n = 30); 2 – с гистерэктомией при неэффективности органосохраняющего объема операции (n = 43). Рассчитывали чувствительность, специфичность, прогностическую ценность положительного теста, прогностическую ценность отрицательного теста; отношение шансов (OR) с расчетом статистической значимости (p) для отдельных ультразвуковых признаков, площадь под ROC-кривой (AUC) для наиболее информативных признаков.

Результаты. Значимость отдельных ультразвуковых признаков для прогноза риска гистерэктомии составила: в В-режиме для утраты гипоехогенной субплацентарной зоны (чувствительность – 65,4%, специфичность – 46,3%, прогностическая ценность положительного теста – 43,6%, прогностическая ценность отрицательного теста – 67,9%;

OR = 1,63 (CI 0,59–4,5), P = 0,345), отсутствия визуализации миометрия в области плацентации (66,7, 43,9, 43,9, 66,7%; OR = 1,19 (CI 0,81–1,75), P = 0,373 соответственно); плацентарных лакун (48,2, 58,5, 43,3, 63,2%; OR = 1,32 (CI 0,49–3,50), P = 0,587 соответственно); прерывистости стенки мочевого пузыря (10,0, 100, 100, 61,4%; OR = 0,09 (CI 0,004–1,82), P = 0,116 соответственно); длины шейки матки <3 см (56,7, 69,8, 56,7, 69,8%; OR = 3,5 (CI 1,3–9,2), P = 0,013 соответственно); диффузной инвазии в миометрий (86,7, 14,0, 66,0, 58,7%; OR = 1,05 (CI 0,27–4,11), P = 0,940 соответственно); в режиме цветового доплеровского картирования для субплацентарной гиперваскуляризации (53,3, 51,2, 43,2, 61,1%; OR = 1,20 (CI 0,47–3,0), P = 0,706 соответственно); утеровезикальной гиперваскуляризации (13,3, 95,4, 66,7, 61,2%; OR = 0,317 (CI 0,054–1,9), P = 0,203 соответственно); сосудистых мостиков (33,3, 83,7, 58,8, 64,4%; OR = 2,57 (CI 0,85–7,8), P = 0,095 соответственно); сосудов, питающих лакуны (83,3, 20,9, 42,4, 64,3%; OR = 1,30 (CI 0,40–4,4), P = 0,650 соответственно).

Наиболее информативным признаком является длина шейки матки (AUC = 0,649 ± 0,07, P = 0,023); наименее информативным – диффузная инвазия (AUC = 0,503 ± 0,07, P = 0,964), что, возможно, обусловлено малым числом случаев данной патологии в выборке (n = 10). Остальные признаки являются малоинформативными.

Прерывистость стенки мочевого пузыря со 100% вероятностью указывает на необходимость гистерэктомии, однако, поскольку в исследовании зафиксировано всего 3 случая данной патологии (4,1%), диагностическую ценность показателя необходимо проверять на более широкой выборке.

Выводы. Укорочение длины шейки матки имеет наивысшую диагностическую ценность среди ультразвуковых признаков в III триместре беременности для прогноза риска гистерэктомии у пациенток с вращением плаценты.

О целесообразности точного расчета объема свободного плеврального выпота

Малахов Н.Б., Малахова М.Н.

ГБУЗ ВО “Областная клиническая больница”, г. Владимир
kohma_37@mail.ru

Цель исследования. Изучить возможность точного расчета количества жидкости, содержащейся в плевральной полости, у пациентов с различными видами патологии.

Материал и методы. В 2017–2019 гг. нами было проведено УЗИ 228 пациентам, находящимся на стационарном лечении в различных отделениях ОКБ г. Владимира с синдромом плеврального выпота. Всем пациентам было проведено УЗИ на ультразвуковых диагностических приборах среднего и портативного класса, с полипозиционным измерением количества содержимого и измерением площади, занимаемой содержимым на экране прибора. Мы оценивали объем содержимого по различным методикам (всего известно около 20 способов) и результаты сопоставляли с количеством содержимого, полученным при проведении торакоцентеза, дренирования плевральной полости под ультразвуковой навигацией или в ходе оперативного вмешательства. Проводились повторные УЗИ от 2 до 6 раз для контроля за процессом лечения.

Результаты. В ходе проведенной работы было выяснено, что ни один из известных методов расчета количества

жидкости, содержащейся в плевральной полости, не обладает 100% точностью. Погрешность составляла от 10 до 40% объема, полученного эмпирическим путем, как в сторону завышения объема содержимого в плевральной полости, так и в сторону занижения. Более корректно работают все предложенные методики в случае отграниченных скоплений жидкости.

Если торакоцентез или дренирование проводится без ультразвуковой навигации и контроля, как часто бывает на практике, ориентируясь только на расчетные данные, то это может приводить к различным осложнениям. Так, при расчете с занижением объема не все содержимое плевральной полости может быть эвакуировано. В случае расчета с завышением объема возникает риск травмирования легкого и диафрагмы иглой или троакаром, при стремлении удалить содержимое как можно более полно.

Выводы. 1. В настоящее время нет оптимальной формулы, позволяющей точно вычислять объем выпота. 2. В практическом здравоохранении нет необходимости точного (до миллилитра) расчета объема содержимого.

Что нового дает популяционная оценка продольной деформации миокарда левого желудочка?

Малютина С.К., Гусева В.П., Воронина Е.В., Палехина Ю.Ю., Шахматов С.Г., Ясюкевич Н.В., Рябиков А.Н.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ "ФИЦ Институт цитологии и генетики СО РАН", г. Новосибирск

ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Новосибирск
smalyutina@hotmail.com

Цель исследования. Продольная систолическая деформация (GLS) миокарда ЛЖ связана с ранней сердечной недостаточностью. Мы проанализировали вариабельность GLS и скорости деформации (GSR) миокарда ЛЖ и их связи с АГ, ИБС и сахарным диабетом в популяции.

Материал и методы. В рамках серии международных проектов проведены кросс-секционные ЭхоКГ-исследования популяционных выборок мужчин и женщин 35–80 лет ($n = 3183$), Новосибирск. Оценены параметры GLS и GSR ЛЖ методом speckle tracking на сканерах Vivid q и Vivid 7 Dimension (GE HealthCare), использовали матричный фазированный датчик 1,5–3,7 МГц. Анализ off-line проводился двумя ридерами (reader). Доля технически неадекватных записей для оценки GLS составила 5,8%.

Результаты. Воспроизводимость эндокардиального GLS составила: интра-ридер $r = 0,85$, коэффициент воспроизводимости по Bland-Altman – 2,9%; интер-ридер $r = 0,67$; 5,8% (Bland-Altman). Систематизированы факторы вариабельности GLS: 1) технические; 2) методологические; 3) клинично-демографический профиль выборки. В выборке 35–69 лет средний показатель GLS составил 18,2% (SD 2,74) и был ниже у мужчин, чем у женщин ($-17,9\%$ vs $-19,4\%$, $P < 0,001$). Средний показатель GSR составил $-0,96$ s-1 (SD 0,17) и не различался по полу. Абсолютная величина GLS у лиц с АГ была ниже, чем при нормотензии: $-18,2\%$ (SD 2,74) vs $-19,3\%$ (SD 2,75), $P < 0,001$; различие не зависело от возраста, пола, индекса массы тела (ИМТ) и индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ, наличия ССЗ и СД, $P = 0,017$. Среди лиц с АГ самый низкий GLS был в группе "нелеченых" независимо от других факторов ($P = 0,004$). Абсолютная величина GSR у лиц с АГ была ниже, чем при

нормотензии: $-0,98$ s-1 (SD 0,18) vs $-0,94$ s-1 (SD 0,18), $P < 0,001$; различие сохранялось в мультивариантных моделях. В смешанной группе ИБС (с инфарктом миокарда, ИМ и без ИМ в анамнезе) величины GLS и GSR были ниже, чем без ИБС: $-16,2$ (SD 2,72) vs $-18,7$ (SD 2,69), $P < 0,001$ и $-0,83$ (SD 0,17) vs $0,96$ (SD 0,19); ассоциации не зависели от других факторов ($P = 0,010$). У лиц с СД величина GLS была ниже, чем без СД: $-17,9$ (SD 2,78) vs $-18,8$ (SD 2,77), $P < 0,001$; ассоциация нивелировалась при мультивариантной оценке. Не выявлено снижения GSR у лиц с СД. Средние значения фракции выброса ЛЖ (Simpson) во всех группах были выше 50% без достоверных межгрупповых различий ($P = 0,904$).

Выводы. В популяционном ЭхоКГ-исследовании систематизированы факторы вариабельности продольной систолической деформации ЛЖ. В популяции GLS и GSR ЛЖ снижались в связи с АГ, ИБС и СД независимо от наличия ГЛЖ и ИМ. Среди гипертензивных лиц наиболее низкий GLS был в группе не контролируемых АД. Полученные результаты отражают начальное снижение систолической функции ЛЖ при сохраненной фракции выброса у лиц с кардиометаболическими заболеваниями.

Сравнительный анализ возможностей эхографии и эластографии сдвиговой волной в диагностике метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при раке молочной железы

Маслова О.Н.

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

olga221085@rambler.ru

Цель исследования. Сравнительный анализ возможностей стандартного ультразвукового исследования и в режиме эластографии сдвиговой волной в диагностике метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при раке молочной железы.

Материал и методы. На догоспитальном этапе было проведено ультразвуковое исследование 80 пациенткам в возрасте от 22 до 68 лет с подозрением на метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов при установленном диагнозе "рак молочной железы". Проводилось исследование подмышечных, надключичных, подключичных и шейных лимфатических узлов на ультразвуковом сканере Toshiba APLIO 500. Исследование периферических лимфатических узлов проводилось с использованием высокочастотного линейного датчика с частотой 5–12 МГц. Исследование начиналось в стандартном В-режиме, затем проводилось исследование в режиме эластографии сдвиговой волной.

Результаты. В анализ вошло 90 лимфатических узлов. По данным серошкальной эхографии подозрительные признаки метастатического поражения имели 77 лимфатических узлов.

Подозрительные лимфатические узлы имели размеры от 8 до 186 мм. Из них размеры по длиннику больше 1,5 см имели 65 лимфатических узлов (84,4%); 59 (76,6%) лимфатических узлов имели шарообразную форму, П/ПЗ $< 2,0$; 7 (9,1%) – овальную форму, П/ПЗ ≥ 2 ; 11 (14,3%) – неправильную форму в виде конгломератов. В 59 (76,6%) лимфа-

тических узлах отсутствовала дифференциация на кору и ворота; в 16 (20,7%) – кора была концентрически утолщена, а ворота сужены; в 2 (2,6%) – структура была не нарушена. В режиме эластографии сдвиговой волной подозрительными на метастатическое поражение были 68 лимфатических узлов, они окрашивались преимущественно в красно-коричневый цвет, что согласно цветовой шкале характерно для жестких структур. Причем в 55 (80,8%) лимфатических узлах регистрировался четвертый тип эластограммы, пятый тип эластограммы наблюдался лишь в 13 (19,1%) лимфатических узлах. При сравнении с морфологическими результатами серошкальная эхография была точной в 94,4% случаев (верное заключение о состоянии 72 лимфатических узлов). При исследовании двух лимфатических узлов были получены ложноотрицательные, а в пяти случаях – ложноположительные результаты. В ложноотрицательных случаях лимфатические узлы имели овальную форму, небольшие размеры, сохранялась дифференциация на кору и ворота. В группе ложноположительных случаев 3 из 5 лимфатических узлов имели округлую форму, П/ПЗ < 2,0; размер по длиннику в 2 лимфатических узлах был более 1,5 см; 1 из них имел неровные контуры; у 3 лимфатических узлов ворота были сужены, у 2 не дифференцировались. Показатели чувствительности и специфичности в режиме серой шкалы составили 96,3 и 78,2% соответственно. Эластография сдвиговой волной была точной при исследовании 70 лимфатических узлов, в 90,8%. При исследовании 12 лимфатических узлов были получены ложноотрицательные результаты (в 5 пораженных лимфатических узлах наблюдалась эластограмма 2 типа, в 7 – 3 типа), а в 4 – ложноположительные (в неизмененных лимфатических узлах регистрировалась эластограмма 4 типа). Чувствительность компрессионной эластографии составила 84%, а специфичность – 83,3%.

Выводы. Стандартное ультразвуковое исследование в серошкальном режиме остается ведущей методикой ультразвукового исследования периферических лимфатических узлов, оно имеет более высокие показатели точности и чувствительности. Эластография сдвиговой волной позволяет получить дополнительную информацию и повысить специфичность ультразвукового исследования.

Возможности ультразвука в диагностике патологии придаточных пазух носа у детей и беременных женщин

Матвеева Э.В., Ковшун Н.Н.

*Клиника "Евромед" ООО "Современные диагностические технологии", г. Краснодар
evmatveeva74@mail.ru*

Цель исследования. Оценить возможности и клиническую ценность ультразвукового метода в разрезе дифференциальной диагностики синуситов у пациентов, имеющих ограниченные показания к лучевой диагностике.

Материал и методы. Ретроспективный анализ медицинских карт 183 пациентов, находившихся на амбулаторной терапии у оториноларинголога в клинике "Евромед" в 2018 г. Все данные разделены на две группы: 1) беременные женщины – 81 в возрасте от 23 до 38 лет на сроках гестации от 14 до 38 нед; 2) дети – 102 в возрасте от 6 лет до 15 лет 3 мес. Показаниями к ультразвуковому исследованию послужили лабораторные данные, свидетельствующие о воспалительной реакции в анализах крови, от-

сутствие или невыраженная температурная реакция, субъективно стойкая заложенность носа без/с отделяемым из носа. Исследования проводились без предварительной подготовки на УЗ-сканерах с мультисекторным линейным датчиком в клино- и ортостазе доступом через переднюю стенку ППН в серошкальном режиме.

Результаты. Патологических изменений со стороны лобных пазух не было выявлено ни в одном случае. Ультразвуковое исследование верхнечелюстных пазух у пациенток первой группы при первичном сканировании в 56 случаях (69%) выявило утолщение слизистой от 3 до 9 мм при снижении ее эхогенности; при повторном осмотре после курса терапии минимальная толщина слизистой до 4–5 мм сохранялась у 19 (24%), в остальных случаях патологических изменений не выявлено. Жидкостное содержимое определялось у 25 человек (31%): в полости одной пазухи у 23 человек (28,4% от общего числа группы), двусторонний процесс выявлен у 2 (2,5%) – в виде смещаемого в разной степени экзогенного содержимого объемом от 1,43 до 4,28 мл. После проведения курса аппаратного вакуумного промывания пазух положительный эффект клинически, лабораторно и при ультразвуковом исследовании констатирован у 19 пациенток (23,5%). В остальных случаях 6 (7,4%) проведен курс АБ-препаратами с регрессом изменений.

Среди пациентов детского возраста изменения носили диффузный характер (отек слизистой в различной степени) у 58 (56,9%), с патологическим скоплением жидкости в одной – 19 (18,6%) или обеих ВЧП – 15 (14,7%). В 8 случаях (7,8%) (все пациенты 14–15 лет) выявлены кисты в проекции ниже-наружного угла ВЧП (5 – правой, 3 – левой). Очаговые изменения верифицированы методом МРТ и интраоперационно. Всем пациентам проведен курс терапии в необходимом объеме с положительным эффектом.

Выводы. 1. Диагностический поиск позволяет персонализировать дальнейшую терапию и отказаться от необоснованной антибактериальной эмпирической терапии, что влечет неизбежные побочные эффекты и, как следствие, финансовые и физические последствия для пациентов. 2. Возможность многократного контроля эффективности терапии нелучевым доступным методом. 3. Возможность избежать необоснованных инвазивных манипуляций.

Частота пренатального ультразвукового обнаружения правой aberrантной подключичной артерии и ее ассоциация с хромосомными аномалиями

*Медведев М.В., Алтыник Н.А.,
Замятина А.И., Справцева А.И.*

*Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России,
г. Москва
prenatal-zamiatina@mail.ru*

Цель исследования. Изучение частоты обнаружения правой aberrантной подключичной артерии (ПАПА) у плодов при скрининговых и консультативных ультразвуковых исследованиях и ее сочетание с хромосомными аномалиями (ХА).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 3973 безвыборочных ультразвуковых исследований в сроки от 12 до 34 нед беременности. Для идентификации ПАПА при каждом исследовании был получен срез через

3 сосуда и трахею в режиме цветового доплеровского картирования при уровне скоростной шкалы 25–30 см/с.

Результаты. Всего ПАПА была диагностирована у 34 плодов в сроки от 12 до 32 нед беременности (средний срок обнаружения составил 20,2 нед). Частота пренатальной идентификации ПАПА составила 0,85%. В 19 (55,9%) случаях ПАПА была изолированной находкой и в 15 (44,1%) наблюдениях сочеталась с другими пороками и эхографическими маркерами ХА. У 6 (17,6%) из 34 плодов были диагностированы трисомии: трисомия 21 – 5, трисомия 18 – 1. У одного плода обнаружена микроделеция 22q11. В группе изолированной ПАПА хромосомных дефектов выявлено не было, все случаи ХА были обнаружены у плодов с сочетанными пороками и эхографическими маркерами ХА.

Выводы. При обнаружении ПАПА необходимо провести детальное изучение ультразвуковой анатомии плода и в случаях обнаружения сочетанных пороков или других эхографических маркеров ХА рекомендовать пренатальное кариотипирование, предпочтительнее с применением микроматричного анализа.

Значение сроков оперативного лечения переломов в профилактике венозных тромбозов по данным ультразвукового исследования

Межебицкая Л.О., Иванов П.А., Хамидова Л.Т., Трофимова Е.Ю.

*ГБУЗ “НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы”, г. Москва
amezhebitskiy@yandex.ru*

Цель исследования. Изучить частоту и характер тромбозов глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей в зависимости от сроков реконструктивных операций.

Материал и методы. В исследование включено 120 пострадавших с оперативным лечением переломов костей таза и конечностей. У 50 пациентов 1-й группы операции выполнены в первые 72 ч от момента травмы; 2-ю группу составили 70 больных, которым остеосинтез проведен по истечении 2 нед после травмы. До операции использовали аппараты наружной фиксации, системы скелетного вытяжения конечностей, гипсовые повязки. Всем пострадавшим проводили комплексную профилактику ТГВ: применение антикоагулянтов, эластической компрессии, лечебную гимнастику. Ультразвуковые исследования (УЗИ) вен ног проводили по стандартной методике, еженедельно. Обязательным было УЗИ за сутки до и через сутки после операции. При выявлении тромбоза оценивали экоструктуру и степень окклюзии просвета, уровень и характер проксимальной границы.

Результаты. В 1-й группе пострадавших тромбозы выявлены в 9 (18%) случаях, из них на подколенно-берцовом уровне – 4, в бедренно-подколенном сегменте – 5. По характеру фиксации тромботических масс выделено 2 (22%) флотирующих, 3 (33%) окклюзионных и 4 (45%) пристеночных. В дооперационном периоде ТГВ развился у 1 пациента, остальные 8 случаев выявлены на первой неделе после операции.

Во 2-й группе ТГВ обнаружили у 24 (34%) человек, из них 6 (25%) флотирующих, 10 (42%) окклюзионных и 8 (33%) пристеночных. Источником флотирующих тромбозов у 2 больных была глубокая вена бедра. По локализации преобладали протяженные бедренно-подколенные ТГВ с проксимальной границей, достигающей общей бед-

ренной вены у 14 пациентов. У 9 (37,5%) больных тромбозы сформировались до оперативного вмешательства, наиболее ранним сроком выявления были 3-и сутки после травмы. В 15 случаях тромбозы выявлены на 2–7-е послеоперационные сутки. Нами не отмечено достоверной разницы в количестве эмболоопасных флотирующих ТГВ среди пациентов обеих групп. В 1-й группе преобладали пристеночные тромбозы, которые быстрее регрессировали, сохраняя венозный отток и функцию клапанов. Количество окклюзионных тромбозов, чаще приводящих к хронической венозной недостаточности, было выше у пациентов 2-й группы.

Выводы

1. Риск развития венозных тромбозов уменьшается при оперативном лечении переломов, проведенном в первые 72 ч от момента травмы, и увеличивается у больных с длительным ожиданием операций на 16%.

2. При отсроченных операциях значительная часть венозных осложнений успевает развиться еще до вмешательства, что при наличии эмболоопасных тромбозов удлинит сроки предоперационной подготовки, начала активизации и пребывания пациентов в стационаре.

Диагностика рецидивирующих венозных тромбозов в остром периоде сочетанной травмы

Межебицкая Л.О., Хамидова Л.Т., Трофимова Е.Ю., Иванов П.А., Михайлов И.П.

*ГБУЗ “НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы”, г. Москва
amezhebitskiy@yandex.ru*

Цель исследования. Изучить частоту и особенности течения тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Материал и методы. В исследование вошли 64 пострадавших с травмой в возрасте от 18 до 59 лет, потребовавших госпитализации не менее 6 нед. На этапе реанимации им выполнены неотложные хирургические вмешательства по поводу повреждения внутренних органов, операции на костях таза, верхних и нижних конечностей. У всех больных выявлены ультразвуковые признаки ТГВ на первой-второй неделях от момента травмы. В зависимости от дальнейшей тактики пациентов разделили на две группы. У 35 больных первой группы потребовалось проведение повторных или отсроченных операций. Вторую группу составили 29 человек, получавших в дальнейшем консервативное лечение. УЗИ выполняли на приборе Toshiba по стандартной методике. Сроки повторных УЗИ зависели от характера выявляемых изменений и тактики лечения.

Результаты. На протяжении 2 нед наблюдения характер и границы распространения ТГВНК у всех пострадавших оставались стабильными или отмечалась положительная динамика в виде фрагментарной реканализации, частично лизиса и/или фиксации подвижных фрагментов тромба. Дальнейшее наблюдение выявило отрицательную динамику течения тромбоза у 20% от общего количества больных. У 9 (25,7%) человек первой группы в различные сроки отмечено увеличение объема поражения венозного русла, в том числе нарастание проксимального уровня или увеличение степени тромботической окклюзии в прежних границах (4), мультифокальные тромбозы в одной конечности (3), би-

латеральные поражения (2 случая). Каждое последующее хирургическое вмешательство у 5 пострадавших сопровождалось выявлением “свежих” гипозоногенных тромботических масс. Формирование флотирующих тромбов в ранне пораженном (рефлотация) или интактном венозном сегменте отмечено в 4 случаях.

Среди пострадавших второй группы отрицательная динамика ТГВНК отмечена в 4 (13,8%) случаях. Из них у 3 больных процесс распространялся в проксимальном направлении и у одного – выявлен билатеральный тромбоз с формированием флотирующей верхушки в бедренной вене.

Необходимо отметить, что предстоящие операции, а также ранняя активизация сопровождались временной отменой или изменением дозы антикоагулянтов, используемых с целью профилактики и лечения венозных тромбозомболических осложнений, что могло стать провоцирующим фактором, повышающим риск ТГВНК.

Выводы. Рецидивы тромбоза вен нижних конечностей наблюдаются у 20% пострадавших с тяжелой сочетанной травмой; проведение нескольких последовательных оперативных вмешательств увеличивает их риск до 25,7%.

Ультразвуковыми признаками рецидива тромбоза после его двухнедельной стабилизации являются нарастание проксимального уровня, увеличение объема тромботической окклюзии в прежних границах, выявление “свежих” тромботических масс в других венозных сегментах.

Новый УЗ-маркер “апикальный коэффициент длины желудочков” (АКдж) для выявления группы пациенток высокого риска по врожденным порокам сердца и хромосомным аномалиям плода в I триместре беременности

Милованова С.Н., Ли Ш., Ушаков Ф.

*Больница Университетского колледжа Лондона, Великобритания
milovanova.s.n@mail.com*

Цель исследования. Обосновать и внедрить новый УЗ-маркер при проведении УЗ-исследования в сроки 11–14 нед беременности для выявления группы пациенток высокого риска по хромосомным аномалиям плода (ХА) и врожденным порокам сердца (ВПС).

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование в группе пациенток высокого риска по развитию врожденных пороков и ХА плода на сроках 11⁺⁰–13⁺⁶ недель беременности. Оценивались эхограммы, полученные при эхокардиографии 4-камерного среза сердца плода с применением цветового доплеровского картирования. В исследовании измерялась разница апикальной длины цветочных сигналов желудочков – апикальный коэффициент длины желудочков (АКдж).

Результаты. В исследовании проанализирован 191 случай. В 165 (86,4%) – не было выявлено патологии у плодов, в 26 (13,6%) – у плодов был диагностирован ВПС (n = 12) или хромосомные аномалии (n = 14). Преобладание апикальной длины левого желудочка над правым (положительный АКдж) в подавляющем большинстве случаев (164/165; 99,4%) соответствовало норме. При одинаковой апикальной длине желудочков или при преобладании апикальной длины правого желудочка над левым (равный нулю или отрицательный АКдж) отмечалась стойкая связь с патологией

плода: ВПС или ХА (23/26; 88,5%). При АКдж < 0 чувствительность составила 88,5%, а специфичность – 99,4%, положительное и отрицательное прогностические значения – 95,8 и 98,2% соответственно. Для плода на сроке 11–13 нед беременности преобладание апикальной длины левого желудочка над апикальной длиной правого является нормой. При одинаковой апикальной длине желудочков или при преобладании апикальной длины правого желудочка над апикальной длиной левого в этот срок беременности следует относить пациентку к группе высокого риска по ХА и ВПС.

Выводы. Оценка данного УЗ-маркера может быть рекомендована для скринингового исследования в 11–14 нед беременности, так как имеет высокую достоверность. Также методика получения данного УЗ-маркера не имеет технических сложностей, не увеличивает время осмотра и не требует математических расчетов.

Корреляционный анализ эластометрических и морфологических результатов при обследовании 130 пациенток с подозрением на рак предстательной железы

*Митькова М.Д., Кадрев А.В., Камалов Д.М.,
Гогаева И.М., Камалов А.А., Митьков В.В.*

*ФГБОУ ВО “Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова”, обособленное подразделение
Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва*

ФГБОУ ДПО “Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования” Минздрава России, г. Москва

akadrev@yandex.ru

Цель исследования. Проведение корреляционного анализа эластометрических и морфологических результатов при проведении прицельной эластометрии сдвиговой волной у пациенток с подозрением на рак предстательной железы (РПЖ).

Материал и методы. Обследовано 130 пациенток с подозрением на РПЖ в возрасте от 46 до 88 лет (медиана – 67 лет). Уровень ПСА в сыворотке крови колебался от 1,1 до 176,0 нг/мл (медиана – 7,3 нг/мл). Объем ПЖ – 16,8–276,0 см³ (медиана – 55,3 см³). Всем пациенткам выполнялось мультипараметрическое трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ и семенных пузырьков на аппарате Aixplorer (Supersonic Imagine, Франция) с помощью высокочастотного внутриволнового датчика 3–12 МГц, включающее эластографию сдвиговой волной. ПЖ была разделена на 12 секторов для ультразвуковой оценки и последующей системной биопсии ПЖ (каждый из секстантов основания, средней части и верхушки железы справа и слева подразделялся на латеральный и медиальный субрегионы – итого 12 секторов). Жесткость тканей ПЖ в 12 секторах оценивалась при поперечном сканировании органа при минимальном давлении датчиком. При выявлении зон, подозрительных на РПЖ (В-режим, энергетическое доплеровское картирование), жесткость оценивалась и в них. Для статистического анализа использовали среднее арифметическое из трех значений модуля Юнга (Emean, кПа) (измеренных в каждом секторе и подозрительных на РПЖ зонах) (aveEmean) и максимальное из трех Emean (maxEmean). Всем пациенткам выполнялась транс-

ректальная мультифокальная системная пункционная биопсия ПЖ из 12 точек (соответствующих 12 секторам) под контролем ультразвукового исследования + прицельная биопсия из гипоехогенных, гиперваскулярных и жестких очагов (значения модуля Юнга >35 кПа по рекомендациям WFUMB 2017). Для последующего анализа значения $aveE_{mean}$ и $maxE_{mean}$ привязывали к конкретным биопсийным пробам (раздельная маркировка биоптатов) с последующей морфологической верификацией.

Результаты. При проведении корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s)) в образцах с морфологически подтвержденным РПЖ выявлена достоверная связь суммы Глисона и $maxE_{mean}$ ($r_s = 0,523$, 95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,437–0,599, $P < 0,0001$ – заметная корреляция по шкале Чеддока), суммы Глисона и $aveE_{mean}$ ($r_s = 0,491$, 95%-й ДИ – 0,402–0,571, $P < 0,0001$ – умеренная корреляция по шкале Чеддока). Также определялась достоверная корреляция перинеуральной инвазии (наличие, отсутствие) и $maxE_{mean}$ ($r_s = 0,228$, 95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,119–0,330, $P = 0,0001$ – слабая корреляция по шкале Чеддока), перинеуральной инвазии и $aveE_{mean}$ ($r_s = 0,208$, 95%-й ДИ – 0,099–0,312, $P = 0,0002$ – слабая корреляция по шкале Чеддока). Корреляция значений модуля Юнга с наличием перинеуральной инвазии, безусловно, не показывает высокую степень связи, однако интересны следующие результаты. При проведении корреляционного анализа между суммой Глисона и наличием перинеуральной инвазии $r_s = 0,198$, 95%-й ДИ – 0,089–0,303, $P = 0,0004$, что также демонстрирует слабую связь. Однако значения r_s в последнем случае ниже.

Выводы. При проведении прицельной эластометрии (эластография сдвиговой волной) выявлена достоверная заметная корреляция значений суммы Глисона и модуля Юнга на фоне слабой корреляции значений модуля Юнга с наличием перинеуральной инвазии.

Информативность эластографии сдвиговой волной в первичной диагностике рака предстательной железы (результаты обследования 130 пациентов)

*Митькова М.Д., Кадрев А.В., Камалов Д.М.,
Худорожкова Е.Д., Камалов А.А., Митьков В.В.*

*ФГБОУ ВО "Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова", обособленное подразделение
Медицинский научно-образовательный центр Московского
государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва
ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
akadrev@yandex.ru*

Цель исследования. Оценка информативности эластографии сдвиговой волной в диагностике рака предстательной железы (РПЖ) при проведении прицельной эластометрии.

Материал и методы. Обследовано 130 пациентов с подозрением на РПЖ в возрасте от 46 до 88 лет (медиана – 67 лет). Уровень ПСА в сыворотке крови колебался от 1,1 до 176,0 нг/мл (медиана – 7,3 нг/мл). Объем ПЖ – 16,8–276,0 см³ (медиана – 55,3 см³). Всем пациентам выполнялось мультипараметрическое трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ и семенных пузырьков на аппа-

рате Aixplorer (Supersonic Imagine, Франция) с помощью высокочастотного внутриволнового датчика 3–12 МГц, включающее эластографию сдвиговой волной. ПЖ была разделена на 12 секторов для ультразвуковой оценки и последующей системной биопсии ПЖ (каждый из секторов основания, средней части и верхушки железы справа и слева подразделялся на латеральный и медиальный субрегионы – итого 12 секторов). Жесткость тканей ПЖ в 12 секторах оценивалась при поперечном сканировании органа при минимальном давлении датчиком. При выявлении зон, подозрительных на РПЖ (В-режим, энергетическое доплеровское картирование), жесткость оценивалась и в них. Для статистического анализа использовали среднее арифметическое из трех значений модуля Юнга (E_{mean} , кПа) (измеренных в каждом секторе и подозрительных на РПЖ зонах) ($aveE_{mean}$) и максимальное из трех E_{mean} ($maxE_{mean}$). Всем пациентам выполнялась трансректальная мультифокальная системная пункционная биопсия ПЖ из 12 точек (соответствующих 12 секторам) под контролем ультразвукового исследования + прицельная биопсия из гипоехогенных, гиперваскулярных и жестких очагов (значения модуля Юнга >35 кПа по рекомендациям WFUMB 2017). Для последующего анализа значения $aveE_{mean}$ и $maxE_{mean}$ привязывали к конкретным биопсийным пробам (раздельная маркировка биоптатов) с последующей морфологической верификацией.

Результаты. При морфологическом исследовании РПЖ был выявлен в 311 (17,7%) образцах (положительные результаты), не был выявлен – в 1445 (82,3%) (отрицательные результаты). При проведении ROC-анализа тест " $maxE_{mean} > 37,9$ кПа – РПЖ" характеризуется чувствительностью 86,5%, специфичностью 83,3%. Площадь под кривой (AUC) – 0,908 (95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,886–0,929). При допущении, что соотношение в группах образцов с положительными и отрицательными результатами отражает заболеваемость, оптимальное пороговое значение – 54,7 кПа. Тест " $maxE_{mean} > 54,7$ кПа – РПЖ" характеризуется чувствительностью 57,2%, специфичностью 97,6%, предсказательной ценностью положительного теста 83,6%, предсказательной ценностью отрицательного теста – 91,4%.

Тест " $aveE_{mean} > 35,5$ кПа – РПЖ" характеризуется чувствительностью 81,0%, специфичностью 87,8%. Площадь под кривой (AUC) – 0,895 (95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,873–0,917). При допущении, что соотношение в группах образцов с положительными и отрицательными результатами отражает заболеваемость, оптимальное пороговое значение – 44,9 кПа. Тест " $aveE_{mean} > 44,9$ кПа – РПЖ" характеризуется чувствительностью 61,4%, специфичностью 95,7%, предсказательной ценностью положительного теста 75,5%, предсказательной ценностью отрицательного теста – 92,0%.

Выводы. Результаты анализа прицельных эластометрических данных позволили выявить высокую информативность эластографии сдвиговой волной в первичной диагностике РПЖ.

Информативность эластографии сдвиговой волной в прогнозировании морфологически значимого рака предстательной железы (результаты обследования 130 пациентов)

Митькова М.Д., Кадрев А.В., Камалов Д.М., Худорожкова Е.Д., Камалов А.А., Митьков В.В.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», обособленное подразделение Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва
akadrev@yandex.ru

Цель исследования. Оценка информативности эластографии сдвиговой волной в прогнозировании морфологически значимого рака предстательной железы (РПЖ) при проведении прицельной эластометрии.

Материал и методы. Обследовано 130 пациентов с подозрением на РПЖ в возрасте от 46 до 88 лет (медиана – 67 лет). Уровень ПСА в сыворотке крови колебался от 1,1 до 176,0 нг/мл (медиана – 7,3 нг/мл). Объем ПЖ – 16,8–276,0 см³ (медиана – 55,3 см³). Всем пациентам выполнялось мультипараметрическое трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ и семенных пузырьков на аппарате Aixplorer (Supersonic Imagine, Франция) с помощью высокочастотного внутриволнового датчика 3–12 МГц, включающее эластографию сдвиговой волной. ПЖ была разделена на 12 секторов для ультразвуковой оценки и последующей системной биопсии ПЖ (каждый из секстантов основания, средней части и верхушки железы справа и слева подразделялся на латеральный и медиальный субрегионы – итого 12 секторов). Жесткость тканей ПЖ в 12 секторах оценивалась при поперечном сканировании органа при минимальном давлении датчиком. При выявлении зон, подозрительных на РПЖ (В-режим, энергетическое доплеровское картирование), жесткость оценивалась и в них. Для статистического анализа использовали среднее арифметическое из трех значений модуля Юнга (Emean, кПа) (измеренных в каждом секторе и подозрительных на РПЖ зонах) (aveEmean) и максимальное из трех Emean (maxEmean). Всем пациентам выполнялась трансректальная мультифокальная системная пункционная биопсия ПЖ из 12 точек (соответствующих 12 секторам) под контролем ультразвукового исследования + прицельная биопсия из гипозоногенных, гиперваскулярных и жестких очагов (значения модуля Юнга >35 кПа по рекомендациям WFUMB 2017). Для последующего анализа значения aveEmean и maxEmean привязывали к конкретным биопсийным пробам (раздельная маркировка биоптатов) с последующей морфологической верификацией.

Результаты. При морфологическом исследовании РПЖ был выявлен в 311 (17,7%) образцах (положительные результаты), не был выявлен – в 1445 (82,3%) (отрицательные результаты). При делении положительных биоптатов (n = 311) по морфологической прогностической значимости (на основании ISUP grade), получено 219 (70,4%) биоптата с суммой Глисона 7 (3 + 4) и менее и 92 (29,6%) биоптата с суммой Глисона 7 (4 + 3) и более. При проведении ROC-анализа тест «maxEmean > 58,5 кПа – морфологически значимый РПЖ» характеризуется чувствительностью 82,6%, специфичностью 64,8%. Площадь под кривой

(AUC) – 0,788 (95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,732–0,844). При допущении, что соотношение в группах образцов с положительными и отрицательными результатами отражает заболеваемость, оптимальное пороговое значение – 78,0 кПа. Тест «maxEmean > 78,0 кПа – морфологически значимый РПЖ» характеризуется чувствительностью 47,8%, специфичностью 89,5%, предсказательной ценностью положительного теста 65,7%, предсказательной ценностью отрицательного теста – 80,3%. Тест «aveEmean > 59,2 кПа – морфологически значимый РПЖ» характеризуется чувствительностью 70,7%, специфичностью 80,4%. Площадь под кривой (AUC) – 0,782 (95%-й доверительный интервал (ДИ) – 0,723–0,841). При допущении, что соотношение в группах образцов с положительными и отрицательными результатами отражает заболеваемость, оптимальное пороговое значение – 59,2 кПа. Тест «aveEmean > 59,2 кПа – морфологически значимый РПЖ» характеризуется предсказательной ценностью положительного теста 60,2%, предсказательной ценностью отрицательного теста – 86,7%.

Выводы. Результаты анализа прицельных эластометрических данных позволили выявить высокую информативность эластографии сдвиговой волной в прогнозировании морфологически значимого РПЖ.

Кардиогемодинамические показатели у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна

Мищенко Т.А., Федорова Э.Э., Жмуров В.А., Кузьмина Ю.С.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень
АО «МСЧ «НЕФТЯНИК», г. Тюмень
fee1602@yandex.ru

Цель исследования. Изучить кардиогемодинамические показатели у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы клинические истории болезни 50 пациентов (52% мужчин и 48% женщин) с подтвержденным по результатам полисомнографии СОАС и ХСН в анамнезе. Ведущей причиной ХСН у всех пациентов являлась ишемическая болезнь сердца. Средний возраст пациентов составил 65,4 ± 9,08 лет. Для углубленного анализа были выделены категории с учетом тяжести СОАС: 1-я группа, легкий СОАС – 22%, 2-я группа, среднетяжелый СОАС – 36%, 3-я группа, тяжелый СОАС – 42% пациентов. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате Mindray ДС 8. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты. При анализе морфометрических параметров были выявлены признаки усугубления степени ремоделирования камер сердца при нарастании тяжести апноэ. Индекс конечного диастолического объема левого желудочка (ИКДОЛЖ) достоверно отличался во всех группах: в 1-й группе 89 [84; 94] мл/м², во 2-й группе 95 [86; 104] мл/м² и 112 [106; 118] мл/м² в 3-й группе (P < 0,05). Индекс объема левого предсердия (ИОЛП) повышался при утяжелении СОАС и составил 34 [32; 36], 37 [35; 39] и 42 [39; 45] мл/м² соответственно (P < 0,05). Обнаружена средняя силы корреляция между индексом апноэ/гипо-

пноэ у пациентов и ИКДОЛЖ ($r = +0,68$, $P = 0,039864$), ИОЛП ($r = +0,65$, $P = 0,031572$). Индекс массы миокарда левого желудочка был повышен у всех пациентов, выявленные достоверные отличия между пациентами с легким и тяжелым апноэ (160 [153; 167] и 165 [156; 174] г/м², $P < 0,05$). При оценке типа ремоделирования обнаружено, что у пациентов с легким и умеренно выраженным апноэ преобладала концентрическая гипертрофия левого желудочка (91 и 72% соответственно), среди пациентов с тяжелым апноэ 71,4% имели эксцентрическую гипертрофию левого желудочка.

Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у пациентов достоверно снижалась при усугублении тяжести синдрома апноэ: 1-я группа – 41 [39; 43]%, 2-я группа – 36,5 [34; 39]%, 3-я группа – 28 [24; 32]%, ($P < 0,05$). ФВЛЖ отрицательно коррелировала с индексом апноэ/гипопноэ ($r = -0,61$, $P = 0,041394$).

Оценка параметров трансмитрального кровотока в диастолу показала, что 2% пациентов имели нормальный тип наполнения ЛЖ, 22% – аномальное расслабление ЛЖ, 32% – псевдонормальный тип и 44% – рестриктивный. На выраженную взаимосвязь между степенью ночной десатурации и тяжестью нарушения диастолической функции сердца также указывало повышение доли пациентов с рестриктивным типом наполнения ЛЖ при возрастании тяжести СОАС (легкий СОАС – 9,1%, среднетяжелый СОАС – 33%, тяжелый СОАС – 71,4%), вероятность независимого распределения на основании критерия χ^2 0,3804%.

Выводы. Таким образом, наличие обструктивного апноэ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью тесно связано со степенью ремоделирования миокарда, его систолической и диастолической дисфункцией.

Мультипараметрическое ультразвуковое исследование у девочек с аномалиями развития половых органов

Наумова Н.В., Котлова Т.А.,
Наумов А.А., Болдовская Е.А.

Клиника ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
mensfild-park@rambler.ru

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики и лечения девочек с врожденными пороками развития органов репродуктивной системы.

Материал и методы. После проведения скринингового ультразвукового исследования (УЗИ) отобрано 107 пациенток с аномалиями развития репродуктивных органов в возрасте от 0 до 18 лет. Алгоритм обследования органов малого таза пациенток с аномалиями развития был следующий. На первом этапе в двухмерном режиме проводилось трансабдоминальное, трансректальное, трансвагинальное (для живущих половой жизнью), трансперинеальное УЗИ. Затем применялось цветное и энергетическое картирование и доплерометрия. На третьем этапе проводилась объемная реконструкция (3D) органов малого таза и 3D в режиме реального времени. Хирургическая коррекция пороков, осложненных нарушением оттока менструальной крови, проводилась с использованием ультразвуковой навигации, в том числе лапароскопической эхографии.

Результаты. У 107 пациенток были выявлены следующие врожденные пороки развития репродуктивных органов: двурогая матка – у 24 (22,43%); удвоение матки –

19 (17,76%); удвоение матки с частичной аплазией одного влагалища (синдром Херлина–Вернера–Вундерлиха) – 5 (4,67%); рудиментарный рог функционирующий – 3 (2,8%), нефункционирующий – 4 (3,74%); полная внутриматочная перегородка – 6 (5,61%); неполная перегородка – 8 (7,48%); аплазия матки и влагалища (синдром Майера–Хаузера) – 8 (7,48%); атрезия девственной плевы, осложненная гематокольпосом, – 8 (7,48%), мукокольпосом – 3 (2,8%); атрезия влагалища: нижней трети – 5 (4,67%), средней и верхней трети – 3 (2,8%); рудиментарная матка у пациенток с дисгенезией гонад: синдромом Тернера – 6 (5,61%); ХУ дисгенезия – 5 (4,67%) девочек.

Выводы. Разработанная программа УЗ-скрининга пороков развития матки и влагалища у девочек позволяет своевременно решить вопрос хирургической коррекции, предотвращая состояния, угрожающие здоровью пациенток, улучшая качество их жизни.

Интраоперационная ультразвуковая навигация при хирургическом лечении объемных образований малого таза у женщин

Наумова Н.В., Болдовская Е.А., Наумов А.А.

Клиника ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
mensfild-park@rambler.ru

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения объемных образований малого таза у женщин с использованием интраоперационной ультразвуковой навигации.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 186 пациенток с объемными образованиями малого таза (из них 82 пациентки с миомами матки, 28 пациенток с гидросальпинксами, 53 пациентки с эндометриомами, 23 пациентки с доброкачественными опухолями яичников), обследованные и прооперированные эндоскопическим методом с применением до- и интраоперационных методов ультразвуковой диагностики. Контрольную группу составили 186 пациенток (ретроспективно) с объемными образованиями малого таза, которым проводили традиционное ультразвуковое исследование органов малого таза до и после операции. Лапароскопическую эхографию выполняли через 10-миллиметровый троакар на УЗ-сканере Flex Focus 800 В-К Medical 4-way лапароскопическим датчиком 8666-RF с гибкой управляемой головкой (10–4,3 МГц) для полипозиционного исследования.

Результаты. Применение интраоперационной ультразвуковой навигации (ИОУЗИ), включающей в себя интраоперационную трансвагинальную и лапароскопическую эхографию, позволило получить дополнительную информацию у 62,1% пациенток с миомами, что повлияло на ход оперативного вмешательства, при этом в 40% случаев была уточнена локализация интерстициальных миоматозных узлов при отсутствии деформации наружных контуров матки, когда лапароскопия не способствовала их диагностике, в 15,4% установлены узлы, не диагностированные до операции. Это позволило у 18,2% больных уточнить оптимальный способ хирургического лечения при гистерорезектоскопии и лапароскопии, у 25,3% проконтролировать ход оперативного вмешательства при резектоскопии, а также выявить фрагменты миоматозных узлов, не удаленных ранее в ходе операции. Лапароскопическая эхография

при гидросальпинксах и эндометриомах с выраженным спаечным процессом в малом тазу (IV степень по AFS-R) позволила в 10 случаях (28,7%) избежать повреждения стенки кишечника и крупных сосудов, у четырех пациенток (5,8% случаев) помогла отифференцировать расширенную маточную трубу с утолщенными стенками и анэхогенным содержимым со взвесью от эндометриоидной кисты. Сравнительный анализ результатов дооперационных методов диагностики и интраоперационной лапароскопической эхографии показал, что эндометриомы не были обнаружены до операции в 8 наблюдениях (36,3%). Выполнение ИОУЗИ при доброкачественных опухолях яичников позволило у 30,1% пациенток выявить небольшие – до 30 мм – яичниковые образования, визуализация которых стала возможной только после разделения спаек и удаления больших новообразований; определить фрагменты новообразований, не удаленные ранее в ходе операции. В пяти случаях (27,5%) у пациенток с цистаденомами применение ИОУЗИ позволило точно оценить размер и локализацию новообразований и проконтролировать полноту удаления опухоли. Применение интраоперационной ультразвуковой навигации в основной группе больных позволило сократить время операции в среднем на 20 мин по сравнению с контрольной группой, уменьшить объем кровопотери в основной группе на 70 мл, снизить количество интра- и послеоперационных осложнений и частоту повторных оперативных вмешательств и рецидивов.

Выводы. Интраоперационная ультразвуковая навигация – это метод исследования с высокой диагностической точностью, позволяющий четко определить метод и объем хирургического вмешательства, нозологическую форму образования, обеспечить безопасность выполнения оперативного вмешательства, оценить адекватность проведенного хирургического лечения, что в конечном итоге позволяет максимально сохранить репродуктивную функцию и улучшить качество жизни пациенток.

Выявление симптом-зависимых коронарных артерий у больных ИБС при проведении трехмерной стресс-эхокардиографии с аденозинтрифосфатом в реальном масштабе времени и автоматизированной оценкой продольной деформации миокарда левого желудочка

*Неласов Н.Ю., Арзуманян Э.А., Моргунов М.Н.,
Ерошенко О.Л., Кренева Е.Л., Нечаева А.Г.*

*ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет"
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону
nelassov@rambler.ru*

Цель исследования. Сравнение эффективности 4D СЭхоКГ с АТФ по выявлению симптом-зависимых коронарных артерий у больных ИБС при визуальной оценке сократимости миокарда ЛЖ и автоматизированной оценке его продольной деформации (ПДЛЖ).

Материал и методы. 26 пациентам с ИБС (мужчин 24, средний возраст $63,1 \pm 7,5$ лет, многососудистое поражение по данным ангиокардиографии – у 19) проведена 4D СЭхоКГ с АТФ с использованием эхокардиографа Vivid E95 (GE). В ходе выполнения 4D СЭхоКГ введение АТФ начиналось с дозы 140 мкг/кг/мин; при отсутствии снижения систолического АД на 5 мм рт.ст. и более доза препарата повышалась сначала до 175, а затем и до 210 мкг/кг/мин. Мы сравнили частоты выявления зон усиления/расши-

рения нарушений локальной сократимости ЛЖ во время пробы при визуальном контроле (способ 1) или усиления/расширения зон нарушения ПДЛЖ при применении технологии АFI (способ 2).

Результаты. Во всех случаях, используя разработанную нами ранее ступенеобразную схему введения АТФ во время СЭхоКГ, удалось добиться устойчивого снижения систолического АД на 5 мм рт.ст. и более (что совпадает с формированием состояния субмаксимальной коронарной вазодилатации). При использовании способа 1 симптом-зависимые коронарные артерии удалось идентифицировать в 42,3% случаев, а при использовании способа 2 – в 80,7%; $P = 0,0044$.

Выводы. Симптом-зависимые коронарные артерии у больных ИБС обнаруживаются в ходе выполнения 4D СЭхоКГ ЛЖ с АТФ достоверно чаще при использовании технологии АFI с оценкой ПДЛЖ, чем при традиционной визуальной оценке сократимости миокарда.

Церебральная гемодинамика у пациентов с расстройствами тревожного спектра и ее изменения при использовании в лечении гиперкапнически-гипоксических тренировок

*Николаева И.Н., Сумная Д.Б., Кинзерский С.А.,
Косарева Д.Д., Садова В.А.*

*ФГОУ ВО "Уральский государственный университет
физической культуры", г. Челябинск
ООО "Клиника профессора Кинзерского", г. Челябинск
irinkamed@yandex.ru*

Цель исследования. Изучить влияние гиперкапнически-гипоксических тренировок с помощью дыхательного тренажера "Карбоник" на изменение показателей церебральной гемодинамики у пациентов с расстройствами тревожного спектра.

Материал и методы. На базе Клиники профессора Кинзерского и УралГУФК обследовано 20 человек здоровых и 52 пациента с тревожными расстройствами (ТР) по 26 человек: группа Б получала лечение по стандарту, в группе А дополнительно проводились гиперкапнически-гипоксические тренировки на дыхательном тренажере "Карбоник". Состояние церебральной гемодинамики изучали с помощью транскраниального дуплексного ультразвукового исследования с применением сертифицированного оборудования Toshiba Xario 200. Определяли систолическую (Vps), диастолическую (Ved), среднюю (Tамх) скорости кровотока в средних (СМА), передних и задних мозговых, базилярной и позвоночных артериях, а также в сегментах V4, индексы Пурсело, Гослинга, Линдегарда, проводились метаболические пробы.

Результаты. По результатам транскраниального дуплексного ультразвукового исследования в группах А и Б специфических показателей не выявлено. К неспецифическим показателям, изменившимся после карбоник-терапии, можно отнести изменения систолической и диастолической скорости кровотока в СМА (Vps см/с и Ved см/с), индексы резистивности Пурсело (RI), пробы метаболической направленности: гипокапническая (вазоконстрикторная проба, с учащенным дыханием) и гиперкапническая (вазодилататорная проба, с задержкой дыхания) для оценки ауторегуляции мозгового кровотока. До карбоник-терапии в группах А и Б у 47 пациентов отмечалось снижение

сопротивления кровотока (RI) до 0,45–0,47, преимущественно в левой СМА. Нарушение ауторегуляции мозгового кровотока было отмечено у 38 пациентов в снижении коэффициента по гиперкапнической пробе (недостаточная вазодилатация), у 9 пациентов в повышении коэффициента по гипокапнической пробе (избыточная вазоконстрикция), у 5 пациентов данных за нарушение ауторегуляции не выявлено. В группе контроля В нарушения ауторегуляции мозгового кровотока не выявлено. В группе А после карбоник-терапии у 24 пациентов отмечалось повышение коэффициента сопротивления кровотока (RI) в 1,2 раза (у 2 пациентов динамики изменения индекса RI не отмечалось, RI составлял 0,53–0,55), увеличение Vps СМА в 1,47 раза у 11 пациентов, снижение Vps СМА в 1,36 раза у 6 пациентов и снижение Ved СМА в 1,61 раза у 9 пациентов. Выявлено восстановление ауторегуляции мозгового кровотока после первого курса карбоник-терапии у 18 пациентов, после повторного курса – у 5 пациентов.

Выводы. В результате исследований установлено, что после курса гиперкапнически-гипоксических тренировок с помощью дыхательного тренажера “Карбоник” происходит частичное восстановление ауторегуляции мозгового кровотока, а при повторном курсе – полное восстановление ауторегуляции мозгового кровотока. Это является важной составляющей механизма повышения толерантности мозга к ишемии.

Редкий клинический случай аномального дренажа пупочной вены в правое предсердие: анализ собственного наблюдения и опубликованных случаев

Нормурдова Н.М.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан
n.normurdova@mail.ru*

Цель исследования. Провести анализ эхографических признаков и исхода аномального дренажа пупочной вены в правое предсердие, сравнить их с опубликованными в литературе данными.

Материал и методы. Беременная пациентка 28 лет, плод 22 нед женского пола. Также анализированы исходы 30 случаев аномального дренажа пупочной вены в правое предсердие, опубликованных в периодической литературе с 1991 по 2018 г. Ультразвуковое исследование осуществлялось на приборе Philips Clear Vue 650 с использованием конвексного и линейного датчиков частотой 3,5–7,5 МГц.

Результаты. Ось сердца плода была смещена влево на 90°. Отмечалось увеличение правых отделов сердца, умеренная кардиомегалия. Правое предсердие было смещено кпереди, соприкасалось с передней стенкой грудной клетки. Отмечался атриоventрикулярный септальный дефект. Пуповина имела 2 сосуда: одну (левую) артерию и вену. Пупочная вена, войдя через пупочное кольцо, не направлялась к воротам печени, а имела вертикальный ход под брюшной стенкой, пересекала диафрагму через ее дефект в переднем отделе и впадала в правое предсердие. Диаметр пупочной вены превалировал над диаметром нижней и верхней полых вен, которые впадали в правое предсердие. Венозный проток отсутствовал. На срезе через три сосуда верхняя полая вена была смещена вправо по отношению к аорте и легочному стволу. В 27 нед произошли

преждевременные роды, ребенок умер в первые сутки жизни. На аутопсии пренатальный диагноз подтвержден. Результаты сравнительного анализа опубликованных случаев показал, что самыми частыми признаками являлись: кардиомегалия, смещение оси сердца, агенезия венозного протока, сочетанные пороки сердца, аномальный ход и расширение пупочной вены, единственная артерия пуповины, синдром задержки роста плода. В 51,6% случаев порок имел благоприятный исход.

Выводы. Таким образом, анализ опубликованных случаев и собственного наблюдения с аномальным дренажом пупочной вены в правое предсердие показал, что данный порок проявляется агенезией венозного протока (100%), кардиомегалией (58%) и только в 51,6% случаев имеет благоприятный исход.

Диабетическая фетопатия: аспекты пренатальной диагностики

Нормурдова Н.М.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан
n.normurdova@mail.ru*

Цель исследования. Изучить эхоэмиотику изменений у плода с диабетической фетопатией.

Материал и методы. Беременная 35 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа, беременность третья, первый ребенок жив, здоров, второй ребенок умер в первые сутки жизни. Данный плод женского пола, 30 нед беременности. Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковом приборе Voluson P6 мультисекторными и объемными датчиками.

Результаты. Данные фетометрии соответствуют 30 нед беременности (по размерам головы и конечностей), размеры живота – свыше 99 процентилей. Размеры печени – 75 × 45 мм. Вес плода – 2110 ± 300 г – выше 95 процентилей. Лоцируется утолщение подкожной жировой клетчатки в области головы (двойной контур) и конечностей, особенно бедер. Толщина подкожной жировой клетчатки в области бедер – 7,3 мм. Визуализируется массивный утолщенный модераторный пучок, также отмечается повышение эхогенности, увеличение и выделение паранефральной клетчатки. При объемной реконструкции лица определяются характерные черты лица кушингоидного типа: лунообразное полное лицо, широкая переносица, выражено увеличенные плоские щеки, недостаточно развитая нижняя челюсть, маленький подбородок. Отмечалось многоводие (ИАЖ 290 мм). Кривая скоростей кровотока артерий пуповины по низкорезистентному типу: ИР 0,65 и 0,67 (в норме 0,54–0,77) и в венозном протоке в норме. Кривая скоростей кровотока маточных артерий также по низкорезистентному типу: ИР 0,29 справа и 0,31 слева (в норме 0,34–0,62), т.е. кровоток в обеих маточных артериях усилен.

Выводы. Таким образом, эхопризнаками гиперτροφической формы диабетической фетопатии плода являлись: макросомия, гепатомегалия, утолщение подкожно-жирового слоя и паранефральной клетчатки, утолщение модераторного пучка, а также характерное кушингоидное лицо.

Пренатальная диагностика синдрома Беквита–Видемана с мезенхимальной дисплазией плаценты**Нормурадова Н.М.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент,
Республика Узбекистан
n.normuradova@mail.ru

Цель исследования. Оценить эхографическую семиотику синдрома Беквита–Видемана в начале II триместра беременности.

Материал и методы. Беременная 22 года, беременность первая. Плод женского пола, 16 нед 5 дней. Ультразвуковое исследование осуществлялось на приборе Philips Clear Vue 650 с использованием конвексного и линейного датчиков частотой 3,5–7,5 МГц.

Результаты. В полости матки определялся один живой плод, женского пола. Фетометрические показатели соотносились к 90 перцентильям. Структуры головного мозга соответствовали сроку беременности. Лицевые структуры были нормальными, носогубный треугольник без особенностей, рот закрыт, язык находился в ротовой полости, размеры не были увеличены. Лоцировалось леворасположенное, левосформированное сердце нормальных размеров. По передней брюшной стенке отмечался большой дефект, через который органы брюшной полости выходили в грыжевой мешок: в нем находились большая часть печени с желчным пузырем, кишечник и серозная жидкость в значительном количестве. Размеры печени 45 × 22 мм, были увеличены. Почки определялись с обеих сторон, размеры в пределах 90 перцентилей. Отмечалась пиелозктазия справа 5 мм, слева 6 мм. Конечности соответствовали сроку беременности. Плацента находилась по передней стенке, была утолщена до 47 мм. Отмечались множественные мелкие, разного калибра анэхогенные кисты, которые распространялись по всей толще плаценты. Количество вод было в норме. Проведено медико-генетическое консультирование. Предварительное заключение: синдром Беквита–Видемана. Беременность была прервана по желанию родителей. Проведено кариотипирование пуповинной крови абортуса, кариотип 46XX.

Выводы. Сочетание мезенхимальной дисплазии плаценты с омфалоцеле и висцеромегалией в начале II триместра с большой вероятностью проявляется синдромом Беквита–Видемана и требует молекулярно-генетического тестирования (Methylation-sensitive multiplex ligation probe analysis – MS-MLPA), кариотипирования, сиквенса ДНК, а также исследования образца ворсин хориона, проведение амниоцентеза по показаниям.

Трудности дифференциальной диагностики пороков конотрункуса плода во втором ультразвуковом скрининге**Нормурадова Н.М.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент,
Республика Узбекистан
n.normuradova@mail.ru

Цель исследования. Оценить возможности ультразвуковой диагностики в дифференциации пороков конотрункуса в 18–22 нед беременности.

Материал и методы. Из 61 198 обследованных пациентов в Республиканском центре “Скрининг матери и ребенка” (Узбекистан) в сроке 18–22 нед беременности у 135 бы-

ли выявлены различные врожденные пороки сердца (ВПС) плода, в частности у 47 – пороки конотрункуса. Ультразвуковые исследования осуществлялись на приборах Philips Clear Vue 550 и 650, Voluson P6 с использованием конвексного, линейного и объемного датчиков частотой 3,5–7,5 МГц.

Результаты. Частота пороков конотрункуса составила 7,7 случая на 10 000 плодов и 34,8% от всех ВПС, выявленных в 18–22 нед беременности. В структуре ВПС D-транспозиция магистральных артерий (D-TMA) занимала 5,9%, L-TMA – 0,7%, двойной выход магистральных артерий из правого желудочка (ДВПЖ) – 11,1%, общий артериальный ствол (ОАС) – 12,6% и тетрада Фалло – 4,4%. Трудности возникали при необходимости дифференциации:

1. D-TMA с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и ДВПЖ по типу Тауссиг-Бинга, для дифференциации которых основное значение имеет, насколько диаметр легочного ствола лежит в том или ином желудочке. Это крайне трудно оценить не только при гипоплазии, но и при нормальных размерах легочного ствола. В данном случае мы использовали оценку формы и направления легочного ствола и артериального протока: при ДВПЖ направление прямое (как и в норме), а при D-TMA – в виде дуги. Также мы оценивали наличие преобладания окрашивания потоков с того или иного желудочка при ЦДК.

2. Тетрады Фалло и ДВПЖ по типу Фалло, для которых важное значение имеет, насколько аорта смещена вправо. При ДВПЖ по типу Фалло часто отмечается диспропорция размеров желудочков: правый увеличен, и при окрашивании ЦДК поток из правого превалирует над потоком из левого желудочка.

3. L-TMA и правосформированного праворасположенного сердца (декстракардии), при которых модераторный пучок будет располагаться в желудочке, находящемся ближе к позвоночнику, а не к грудине. Отличительным признаком мы считали расположение легочного ствола на срезе через три сосуда: справа от аорты или слева от нее.

4. ОАС и атрезии легочной артерии с ДМЖП (крайней формы тетрады Фалло), дифференциация крайне затруднительна из-за отсутствия ретроградного потока в легочной артерии при его крайней гипоплазии, при отсутствии артериального протока, а также диагноз затруднителен из-за множества различных вариантов отхождения легочных артерий при ОАС.

Выводы. Ультразвуковой компонент скрининга во II триместре беременности позволяет своевременно и эффективно выявлять пороки конотрункуса, но нередко возникают трудности в определении точной нозологической его формы.

Сочетанные аномалии при кистозно-аденоматозном пороке развития легкого**Нормурадова Н.М., Курбанова В.В.,
Алимарданов О.Р., Хужакулов О.А.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент,
Республика Узбекистан
Республиканский центр “Скрининг матери и ребенка”, г. Ташкент,
Республика Узбекистан
n.normuradova@mail.ru

Цель исследования. Оценить долю сочетанных врожденных аномалий с кистозно-аденоматозным пороком развития легкого (КАПРЛ).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 29 случаев КАПРЛ, выявленных в Республиканском центре “Скрининг матери и ребенка” (Узбекистан) за 2015–2018 гг. Ультразвуковые исследования были выполнены на приборах PHILIPS CLEAR VUE 550 и 650 конвексным и линейным датчиками частотой 3,5–7,5 МГц.

Результаты. Среди 118 349 беременных, исследованных во II триместре беременности за 4 года, было выявлено 29 случаев КАПРЛ в сроке от 17 до 25 нед, возраст пациенток варьировал от 19 до 38 лет. Наследственный анамнез беременных не был отягощен, все беременные соматически были здоровы. Встречаемость порока на 10 000 плодов составила 2,4.

Исход беременности при КАПРЛ в изолированном виде (в 93,1% случаев) был благоприятным, в течение 6 мес наблюдения дети развивались соответственно своему возрасту. Сочетание с другими пороками развития выявлено всего в 2 случаях (6,9%): в одном наблюдении – с поликистозом почек (22 нед), в другом имело место сочетание агенезии мозолистого тела, двойного выхода магистральных артерий из правого желудочка по типу Тауссиг-Бинга с атрезией легочного ствола (23 нед). Пол плодов – женский. В обоих случаях КАПРЛ наблюдался слева, со смещением сердца вправо. В первом случае отмечался КАПРЛ 2 типа. Определялись кисты до 12 мм. Во втором наблюдении левое легкое было увеличено, экзогенность была повышена, в структуре отмечалась равномерная неоднородность из-за мелкоочечных анэхогенных включений. Измерить их размеры не представлялось возможным. Данный тип был констатирован как 3-й тип (без кистозного компонента). Также у плода отмечались брахицефалитическая форма головки (ЦИ 89), киста сосудистого сплетения и (полная) агенезия мозолистого тела. Сердце у плода располагалось справа от позвоночника (декстрапозиция сердца), была смещена пораженным левым легким, ось сердца лежала параллельно средней линии. Сердце было правоформированным. На четырехкамерном срезе определялась небольшая диспропорция размеров желудочков, правый был больше. Имелся сублегочный дефект межжелудочковой перегородки 2,9 мм. Аорта отходила от правого желудочка, диаметр ее был увеличен (4,9 мм). Восходящая аорта располагалась слева от легочного ствола, последний был уменьшен в размерах (1,5 мм) и лоцировался над межжелудочковой перегородкой. На ЦДК в аорте определялся антеградный, в легочном стволе – ретроградный поток. В обоих случаях беременность была прервана ввиду неблагоприятного прогноза исхода беременности из-за сочетанного порока.

Выводы. КАПРЛ сравнительно редко сочетается с другими врожденными пороками – всего в 7%, и прогноз беременности в этих случаях зависит от исхода сочетанной патологии, тогда как при изолированном виде прогноз благоприятный.

Эхографическая семиотика метаэпифизарных поражений у младенцев

Ольхова Е.Б., Шолохова Н.А., Жумаситов С.В., Карцева Е.В., Исаев В.Ю.

ФГБОУ ВО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ “Детская городская клиническая больница Св. Владимира Департамента здравоохранения г. Москвы”, г. Москва

elena-olchova@bk.ru

Цель исследования. Выявление основных дифференциально-диагностических эхографических симптомов метаэпифизарных поражений различного генеза у детей первых месяцев жизни.

Материал и методы. 126 детей первых 3 мес жизни с метаэпифизарным остеомиелитом (МЭО) различной локализации и 6 случаев эпифизеолизом различной локализации. УЗИ выполнено на аппаратах Acuson/Sequoia – 512, Voluson-730 – Expert, Voluson E-8 с использованием микроконвексных 5–12 и линейных 3–18 МГц датчиков. Верификация эхографических находок выполнялась при рентгенографии (все пациенты), КТ (14), МРТ (7), интраоперационно (пункция и санация гнойных очагов) – 26.

Результаты. Уточнена и дополнена эхографическая семиотика остеомиелита МЭО. Во всех случаях в дебюте МЭО имелись эхопризнаки воспалительных изменений со стороны сустава, сопряженного с пораженным эпифизом: определялось утолщение и снижение структурности параартикулярных мягких тканей за счет отека, утолщение синовиальной оболочки сустава и следовое количество выпота в суставе. Через 1–1,5 нед определялись эхопризнаки деструкции метаэпифизарной зоны в виде очага деструкции в метафизе и нечетко отграниченная область повышения экзогенности и нарушения структурности хрящевой ткани эпифиза. У 2 детей прослеживалась деструкция ядра окостенения. При выполнении УЗИ всегда проводилось сравнение пораженной конечности со здоровой в симметричных областях в режиме 2 полей.

При эпифизеолизах (3 – проксимальный эпифизеолиз плеча, 2 – дистальный эпифизеолиз плеча, 1 – дистальный эпифизеолиз бедра) на УЗИ определялась дислокация эпифиза по отношению к оси диафиза, также всегда выполнялось сравнение с контрлатеральной стороной. Максимально информативно при проксимальном эпифизеолизе плеча сканирование по передней поверхности плеча в продольном и поперечном направлениях: в продольном скане головки и диафиза на одной линии не выводятся, в поперечном – головка лоцируется медиально от проксимального отдела диафиза. При дистальном эпифизеолизе плеча максимально информативно продольное сканирование по латеральной поверхности локтевого сустава, когда дистальный эпифиз плеча “исчезает” из зоны визуализации. При дистальном эпифизеолизе бедра в продольном скане по передней поверхности коленной области определяется “обрыв” в области дистального метафиза бедренной кости. Через 10–14 сут рентгенологически выявлялась оксификация зоны повреждения, которую приходилось дифференцировать между травматическим и остеомиелитическим процессом.

Выводы. УЗИ в дифференциальной диагностике МЭО и эпифизеолиза у новорожденных является высокоинформативным методом на всех этапах заболевания. При МЭО

на ранних сроках определяются эхографические признаки воспалительных изменений мягкотканых компонентов суставов, после 8–10 сут – костные деструктивные изменения. При эпифизеолизах основным эхосимптомом является смещение эпифиза.

Сравнительная оценка эндоректального ультразвукового исследования с использованием компрессионной эластографии и эндоскопического исследования в диагностике раннего рака прямой кишки

Орлова Л.П., Богданова Е.М., Веселов В.В.

ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих” Минздрава России, г. Москва

bogdanova.zh.m@gmail.com

Цель исследования. Сопоставление диагностических возможностей ультразвукового и эндоскопического методов исследования в диагностике малигнизации ворсинчатых опухолей прямой кишки.

Материал и методы. Обследовано 39 пациентов с предварительным диагнозом “опухоль прямой кишки”. Среди них 18 женщин и 21 мужчина в возрасте от 40 до 84 лет. Всем больным выполнены трансректальное ультразвуковое и эндоскопическое исследования. При проведении ТРУЗИ оценивали структуру и форму новообразования, наличие и степень инфильтрации кишечной стенки, ангиоархитектонику опухоли, качественные и количественные показатели компрессионной эластографии с использованием ранее установленного порогового значения коэффициента жесткости – 5,75 – для дифференциальной диагностики аденом и рака прямой кишки. При эндоскопическом исследовании проводилась оценка ямочного и капиллярного рисунков поверхности опухоли в соответствии с классификациями по S. Kudo и Y. Sano.

Результаты. Все больные оперированы. Полученные результаты предоперационного обследования сопоставлены с данными морфологического исследования операционного материала. При гистологическом исследовании операционного материала в 24 случаях выявлена аденома, в 5 – рак in situ, в 10 наблюдениях – аденокарцинома с различной степенью дифференцировки и глубиной инвазии кишечной стенки. Для сопоставления результатов данных ультразвукового и эндоскопического исследований проведен расчет показателей точности методов с вычислением доверительных интервалов по Clopper–Pearson: для УЗИ общая точность составила 84,6% (95% ДИ 69,5–94,1) при чувствительности 93,3% (95% ДИ 68,1–99,8) и специфичности 79,2% (95% ДИ 57,9–92,9); общая точность эндоскопического метода исследования – 82,1% (95% ДИ 66,5–92,5) при чувствительности 80% (95% ДИ 51,9–95,7) и специфичности 83,3% (95% ДИ 62,6–95,3), разница информативности методов не достигала уровня статистической значимости ($P > 0,1$).

Выводы. Таким образом, эндоскопический и ультразвуковой методы исследования являются равнозначными инструментами в диагностике малигнизации ворсинчатых опухолей прямой кишки.

Диагностика хромосомных аномалий в I триместре с использованием программы Astraia в условиях кабинета пренатальной диагностики

Отарян К.К.

ГБУЗ “ГКБ имени В.П. Демикова Департамента здравоохранения г. Москвы”, г. Москва
k.k.otaryan@yandex.ru

Цель исследования. Определить частоту хромосомных аномалий в I триместре.

Оценить чувствительность и специфичность использования комбинированного скринингового теста при расчете рисков анеуплоидий с использованием программы Astraia.

Материал и методы. Обследовано 4040 плодов в I триместре.

Проведено ультразвуковое исследование с измерением копчико-теменного размера, с определением частоты сердечных сокращений, измерение толщины воротникового пространства, оценка носовой кости и измерение кривых скоростей кровотока в венозном протоке. Также во всех случаях проведено исследование сыворотки материнской крови с определением концентрации свободной фракции β -ХГЧ и РАРР-А (ассоциированный с беременностью протеин). Все вышеперечисленные параметры были учтены при расчете комбинированного риска с использованием программы Astraia.

Пациентки, попавшие в группу высокого риска (1 : 100), были направлены на проведение инвазивной пренатальной диагностики (ИПД).

Обратная связь проводилась путем телефонного обзвона пациенток.

Результаты. По результатам комбинированного пренатального скрининга 54 (1,3%) пациентки попали в группу высокого риска по хромосомным аномалиям у плода. 29 (53,7%) из них дали согласие на проведение ИПД.

Структура ИПД была представлена следующим образом: в 20 (69%) случаях проведена аспирация ворсин хориона, в 8 (28%) случаях амниоцентез и в 1 (3%) случае кордоцентез.

В результате ИПД было выявлено 17 хромосомных аномалий (ХА). Таким образом, эффективность пренатального кариотипирования составила 59%.

В 3 случаях ХА были выявлены в результате постабортного кариотипирования. Беременности были прерваны ввиду выявления некорректируемых пороков развития. Также в 3 случаях ХА не были выявлены в результате проведения скринингового теста. Таким образом, количество ХА составило 23. Структура ХА была представлена следующим образом: 16 случаев трисомии 21 (синдром Дауна), 3 случая трисомии 18 (синдром Эдвардса), 1 случай трисомии 13 (синдром Патау), 2 случая триплоидии и 1 случай моносомии по X-хромосоме (синдром Шерешевского–Тернера). Во всех выявленных случаях ХА пациентки приняли решение о прерывании беременности.

Путем использования латинского квадрата оценена диагностическая точность теста. Доля популяции, пораженная болезнью (prevalence), составила 0,5%. Чувствительность (доля истинноположительных результатов теста) составила 87%, специфичность (доля истинноотрицательных результатов теста) составила 99,1%.

Выводы. Использование комбинированного пренатального скрининга с использованием программы Astraia по-

зволяет выявлять хромосомные аномалии у плода в I триместре с высокой чувствительностью и специфичностью.

Случай перекрута добавочной доли печени у ребенка. Лечебно-диагностическая тактика

*Пахнова Л.Р., Яровая Д.В., Лещинский В.Ю.,
Петрухина Л.В., Нажмудинова О.Ш.*

*ГБУЗ АО "Областная детская клиническая больница
им. Н.Н. Силищевой", г. Астрахань*

*ФГБОУ ВО "Астраханский государственный медицинский
университет" Минздрава России, г. Астрахань*

pahnova@mail.ru

Цель исследования. В статье представлен уникальный клинический случай перекрута добавочной доли печени у ребенка 16 лет.

Материал и методы. Девочка Л. 16 лет поступила в экстренном порядке в детское хирургическое отделение Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой с подозрением на острый аппендицит в апреле 2019 г. на 4-й день болезни с жалобами на боли в правом подреберье, подъем температуры до субфебрильных цифр. Ребенок обследован в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости проводили на аппарате Vivid S 5 (Корея) конвексным и линейным датчиками с частотой 1,5–6 и 4–13 МГц соответственно. С целью уточнения диагноза проведена нативная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости и с болюсным контрастным усилением препаратом Ультравист 300–70,0 мл, скор. 4 мл/с, на аппарате GE Optima CT660 (США).

Результаты. В анализах крови выявлены лейкоцитоз, повышение СОЭ, АЛТ, АСТ, общего билирубина.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена +3,0 см, экзогенность снижена, сосудистый рисунок усилен, в проекции ворот визуализируется аваскулярное тонкостенное гипозоногенное образование овальной формы с ровными контурами, размерами 6,6 × 3,5 × 3,5 см, неоднородной мелкокачественной структуры с множеством гиперэхогенных тонких септ и гиперэхогенной зоной округлой формы 2,3 × 1,6 см. Желчный пузырь правильной формы, содержимое гомогенное, стенки значительно утолщены до 0,9 см, слоистые, кровоток в них усилен. Поджелудочная железа однородной структуры, нормальной экзогенности, не увеличена. Селезенка не увеличена, нормальной экзогенности, неоднородной структуры с множеством кальцинатов. В малом тазу – 40 мл гомогенной жидкости.

Для уточнения диагноза проведена МСКТ: печень не увеличена, плотность ее до 63 ед.Н. На границе с желчным пузырем отмечается объемное образование неправильной овальной формы, с ровными четкими контурами, размерами 73 × 33 × 40 мм, неоднородной структуры, преимущественно пониженной плотности с мелкими плотными включениями, с четкими очертаниями. Данное образование имеет слабо пониженную плотность при нативном исследовании, не повышает свою плотность после в/в усиления. Внутривенные протоки расширены. Отмечается утолщение стенки желчного пузыря (вероятнее всего реактивного характера). Вокруг желчного пузыря отмечается гиподенсная кайма толщиной до 10 мм за счет перипузырного отека. Желчный пузырь увеличенных размеров, содержимое однородное, по медиальному контуру пузырь компре-

мируется объемным образованием. В толще паренхимы селезенки отмечаются множественные плотные очаговые образования. Жидкости в брюшной полости минимальное количество. Заключение: объемное образование в проекции ворот печени, высказаться о его генезе затруднительно, вероятнее всего абсцесс.

Девочке была проведена диагностическая лапаротомия, в ходе которой был обнаружен перекрут добавочной доли печени и проведена ее резекция с дальнейшим патологоанатомическим исследованием операционного материала. В исследуемом материале выявлена ткань печени обычного гистологического строения с холестазами.

Выводы. Отсутствие анамнестических данных о врожденных аномалиях строения печени и специфических ультразвуковых признаков перекрута добавочной доли печени вызывает трудности для своевременной диагностики данной патологии. Несмотря на отсутствие статистических данных представленной нозологии в доступной литературе и в практике врачей больниц г. Астрахани за последние 15 лет, ее следует включать в диагностический ряд при выявлении объемной патологии печени.

Возможности ультразвукового исследования с контрастным усилением в выявлении опухолевых образований печени

Пеняева Э.И.

*НУЗ "Дорожная клиническая больница
на ст. Ярославль ОАО «РЖД»", г. Ярославль
ellapenyayeva@mail.ru*

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового исследования с контрастным усилением (КУУЗИ) в выявлении опухолевых образований печени (ООП).

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением (КУ), стандартного УЗИ и КУУЗИ печени с применением 1,2 мл Соновью (Бракко Свисс СА, Швейцария), выполненных 85 пациентам (43 женщинам и 42 мужчинам) в возрасте 28–89 лет ($55,13 \pm 14,8$ года) с опухолями и кистами печени на базе НУЗ "ДКБ на ст. Ярославль ОАО «РЖД»" в период с ноября 2014 г. по декабрь 2018 г. УЗИ и КУУЗИ выполнено на УЗ-сканерах Mindray DC-8 (Mindray, Китай), SonoScape S9 (SonoScape, Китай), Philips Epiq 7 (Philips, Голландия), Hitachi Ascendus (Hitachi, Япония) с использованием конвексных датчиков (3–5 МГц). МСКТ с КУ выполнена на аппарате Philips Brilliance – 64.

Результаты. При помощи УЗИ выявлено 231 ООП (диаметром ≤ 1 см – 39, 1–2 см – 93, 2–5 см – 80, ≥ 5 см – 18), при КУУЗИ – 293 ООП (диаметром < 1 см – 76, 1–2 см – 116, 2–5 см – 81, > 5 см – 18), при МСКТ с КУ – 299 (диаметром < 1 см – 82, 1–2 см – 117, 2–5 см – 81, > 5 см – 18). Наибольшие различия в количестве выявленных очагов определялись в группе злокачественных ООП диаметром < 1 см: УЗИ – 32, КУУЗИ – 68, МСКТ с КУ – 72. В случае злокачественных ООП при КУУЗИ дополнительные очаги выявлялись за счет появления гипоконтрастирования в портальную и позднюю фазу. Минимальный диаметр образований, выявленных при КУУЗИ, – 0,5 см. В случае доброкачественных ООП максимальные отличия в контрастировании ООП и окружающей паренхимы наблюдались в артериальную фазу, длительности которой было недостаточно для

сканирования всего объема печени, а в портальную и позднюю фазу определялось изоконтрастирование, при поиске дополнительных ООП в режиме КУУЗИ они не визуализировались на фоне паренхимы печени. Малое количество различий между методами исследования в количестве выявленных очагов при доброкачественных ООП (УЗИ – 83, КУУЗИ – 83, МСКТ с КУ – 89) было обусловлено тем, что чаще они были представлены одиночными образованиями или имели размеры более 2 см, а КУУЗИ выполнялось прицельно после проведения стандартного УЗИ.

Выводы. Применение контрастных препаратов улучшает возможности УЗИ в выявлении злокачественных ООП и может использоваться для поиска метастазов в печени. Возможности КУУЗИ в выявлении доброкачественных ООП ограничены.

Сохранение врачебной тайны при проведении ультразвуковой диагностики в условиях современного здравоохранения

Перепечина И.О., Перепечин Д.В., Игнашин Н.С.

ФГБОУ ВО “Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова”, г. Москва

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ “НМИЦ радиологии” Минздрава России, г. Москва

“Клиника на Ленинском”, г. Москва

smi-100@mail.ru

Цель работы. Исследование проблемы сохранения врачебной тайны при проведении ультразвуковой диагностики в условиях современного здравоохранения.

Материал и методы. Основой исследования послужил анализ нормативных актов, регулирующих деятельность в области здравоохранения, отечественной и зарубежной литературы, а также медицинской практики и практики правоохранительных органов.

Результаты. К врачебной тайне относят сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (ч. 1 ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ “Об охране здоровья граждан в Российской Федерации”). В рамках исследования применительно к ультразвуковой диагностике проводился анализ факторов, создающих риск разглашения медицинской тайны. В реалиях медицинской практики риск создается потенциальной возможностью доступа круга лиц (медицинских и немедицинских работников ЛПУ, пациентов) к сведениям, содержащимся в медицинской документации, а также оглашаемым в устной форме (при обсуждении результатов диагностики в палате в присутствии других пациентов во время врачебных обходов, при диктовании врачом медсестре в присутствии других лиц диагностической информации во время ультразвукового исследования и т.д.). Использование заинтересованными лицами гаджетов дает возможность перевести в электронный вид практически любую информацию о пациенте, оказавшуюся доступной, и поступить с ней по своему усмотрению. Доступ к медицинской информации принципиально возможен через интернет-ресурсы. Требуется внимания проблема охраны медицинских данных, содержащихся в электронных историях болезни, в информационных системах в сфере здравоохранения. Принципиально новые, пока малоизученные риски возникают в качестве “побочных эффектов” таких про-

грессивных и крайне важных для медицины цифровых инноваций, как “Интернет медицинских вещей”, технологии телемедицины, искусственного интеллекта и др., для которых пока характерна уязвимость в плане электронной безопасности. Ультразвуковые аппараты в большинстве случаев не имеют связи с сетью Интернет, однако различные портативные УЗ-устройства, совместимые с персональными компьютерами, обладают автоматическим обновлением программного обеспечения. Это делает актуальным изучение проблемы несанкционированной передачи информации.

Выводы. В условиях современного здравоохранения существует целый ряд факторов, создающих риски для сохранения врачебной тайны при ультразвуковой диагностике, в том числе связанные с использованием цифровых инновационных технологий. Обеспечение в этих условиях гарантий конфиденциальности медицинской информации требует системного подхода.

Практическое применение методики оценки региональной сократимости миокарда у больных с острым коронарным синдромом после реконструктивных вмешательств

Петрова К.О., Баркан В.С., Гончаров С.А., Губанова М.В., Кузина Е.В., Громов П.В.

НУЗ “Дорожная клиническая больница на станции Чита-2” ОАО “РЖД”, г. Чита

kseniya.petroff@gmail.com

Цель исследования. Оценить динамику сократительной способности миокарда левого желудочка методом 2D Wall Motion Tracking у пациентов с острым коронарным синдромом в раннем периоде после реконструктивных операций по восстановлению кровотока.

Материал и методы. За период 12 мес с апреля 2018 г. были обследованы 52 пациента, соответствующие критериям отбора: возраст от 45 до 55 лет, острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST >2,0 мм по критериям ВОЗ, ширина комплекса QRS на ЭКГ не более 120 мс, отсутствие нарушений проводимости по типу блокады ножек пучка Гиса и/или их ветвей, успешное восстановление кровотока методом стентирования инфаркт-связанной артерии. Трансторакальная ЭхоКГ проводилась на аппарате Artida Toshiba. Для постобработки данных использовалось программное обеспечение 2D Wall Motion Tracking, движение миокарда левого желудочка оценивалось из пяти позиций. Первично стрейн оценивался через 12–14 ч после стентирования, повторно – через 48–72 ч. В среднем время проведения ЭхоКГ с постобработкой удлиннялось на 5–7 мин.

Результаты. Всем 52 (100%) пациентам с острым коронарным синдромом были выполнены ЧТКА со стентированием по экстренным показаниям. Наиболее часто отмечалось поражение ПНА и ее ветвей (33 пациента – 63%): стентирование проксимального отдела ПНА выполнено 10 (19%) пациентам, среднего сегмента ПНА – 12 (23%) пациентам, стентирование ОА выполнено 8 (15%) пациентам, стентирование ВТК – 3 (6%) пациентам. У пациентов с поражением ПКА и ее ветвей (19 пациентов – 37%) выполнялось стентирование проксимального сегмента ПКА в 3 (6%) случаях, среднего сегмента ПКА в 11 (21%) случаях и дистального сегмента ПКА в 5 (10%) случаях. Через

12–14 ч после стентирования пациентам выполнялась первичная стандартная трансоракальная эхокардиография с компьютерной постобработкой данных методом 2D Wall Motion Tracking, при которой отмечалось снижение скоростных показателей циркулярного и продольного стрейна сегментов миокарда левого желудочка, соответствующих пораженной коронарной артерии. Через 48–72 ч пациентам выполнялась повторная эхокардиография по той же схеме, отмечалось существенное улучшение локальной сократимости миокарда левого желудочка, подтвержденное увеличением скоростных показателей циркулярного и продольного стрейна при постобработке методом 2D WMT.

У 16 (31%) из всех 52 пациентов первично и повторно отмечалась положительная динамика и циркулярного, и продольного стрейна, но сохранялись сниженные скоростные показатели в сегментах, питаемых инфаркт-связанной артерией; у 15 (29%) пациентов отмечалась нормализация продольного стрейна при повторной эхокардиографии, у 13 (25%) пациентов отмечалась нормализация циркулярного стрейна при повторной эхокардиографии, у 8 (15%) пациентов отмечалась нормализация и циркулярного, и продольного стрейнов при повторной эхокардиографии.

Выводы. Постобработка данных эхокардиографии с помощью методики 2D Wall Motion Tracking предоставляет качественную и количественную информацию о региональной сократимости левого желудочка, не удлиняет время исследования более чем на 5 мин, позволяет объективно оценить скоростные показатели движения сегментов миокарда левого желудочка, дает возможность наблюдать динамику локальной сократимости миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом.

Мультипараметрическое ультразвуковое исследование в диагностике офтальмологической патологии у детей с туберозным склерозом

Петрова И.В., Румянцева И.В., Иванова Т.В.

*СПбГБУЗ “Консультативно-диагностический центр для детей”,
г. Санкт-Петербург
rumairina@yandex.ru*

Цель исследования. Определить диагностическую значимость ультразвукового исследования (УЗИ) в выявлении офтальмологической патологии у пациентов с туберозным склерозом (ТС).

Материал и методы. УЗИ глаза выполнено 22 пациентам в возрасте 2 мес – 17 лет с установленным диагнозом ТС по назначению офтальмолога. УЗИ проводилось транспальпебрально, с минимизацией мощности УЗ-луча. Протокол УЗИ включал высокочастотную (11–15 МГц) серошкальную эхографию глазного яблока, режим ЦДК, спектральный доплеровский анализ. В В-режиме проводили морфометрию глазного яблока (размеры стекловидного тела, хрусталика, передней камеры), определяли степень проминенции ДЗН в стекловидную полость, диаметр ДЗН, оценивали структуру периневральной клетчатки, хориоидеи, характер патологических образований сетчатки, визуализировали собственные сосуды глаза: глазную артерию, центральную артерию сетчатки, заднюю короткую цилиарную артерию, оценивали количественные показатели кровотока.

Результаты. По результатам УЗИ у 17 (77,3%) пациентов преретинально, на уровне решетчатой пластинки визуализированы гиперэхогенные, с четкими контурами, аваскулярные в режиме ЦДК образования размерами от 1,0 до 1,9 мм, округлой или неправильной формы, с различной степенью проминенции в стекловидное тело, которые были расценены как гамартумы сетчатки. Диаметр ДЗН не превышал возрастные нормативы. Множественные гамартумы визуализированы у 4 пациентов. Для всех выявленных гамартум был характерен эндофитный рост. В одном случае определялись мелкокистозные изменения гамартумы, сочетающиеся с УЗ-признаками кальциевых включений (по типу друз). УЗ-признаки гиалоидопатии в виде гиперэхогенных нитеподобных включений в стекловидном теле выявлены у 15 (68,2%) пациентов. У 62,5% пациентов отмечались умеренные нарушения гемодинамики по типу ангиоспастических реакций, с повышением резистивности кровотока на уровне глазной артерии и центральной артерии сетчатки. У 1 пациента на фоне множественных гамартум сетчатки визуализированы признаки кровоизлияния в стекловидное тело (сопровождалось снижением зрения), у двух детей выявлены признаки отека диска зрительного нерва с выраженной проминенцией в стекловидное тело. Гистологически структура гамартум представляет собой сеть глиальных астроцитов и кровеносных сосудов, локализующихся в наружных или внутренних слоях сетчатки. В литературе описаны единичные случаи спонтанного регресса. За три года динамического УЗИ глаза у 15 пациентов признаки регресса гамартум не выявлены. С учетом необходимости дифференциальной диагностики гамартум и меланом сетчатки 18 пациентам выполнена МРТ головного мозга и орбит с контрастированием. Во всех случаях выявленные изменения в глазных яблоках расценены как гамартумы.

Выводы. Приведенные данные об эхографической диагностике гамартум сетчатки при системном туберозном склерозе свидетельствуют о необходимости как первичного УЗИ глаза у данной группы пациентов, так и динамического наблюдения за выявленной офтальмопатологией для раннего выявления осложнений и при необходимости проведения адекватного лечения.

Выводы. Приведенные данные об эхографической диагностике гамартум сетчатки при системном туберозном склерозе свидетельствуют о необходимости как первичного УЗИ глаза у данной группы пациентов, так и динамического наблюдения за выявленной офтальмопатологией для раннего выявления осложнений и при необходимости проведения адекватного лечения.

Ультразвуковое исследование сонных артерий с контрастным усилением: разработка протокола исследования для применения в кардиологической практике

*Погорелова О.А., Трипотень М.И., Галяутдинов Д.М.,
Власова Э.Е., Круглый Л.Б., Фомичева О.А.,
Ширяев А.А., Балахонova Т.В.*

*ФГБУ “НМИЦ кардиологии” Минздрава России, г. Москва
pogorelova.olya@gmail.com*

Цель исследования. Оценка возможностей применения ультразвукового исследования сонных артерий с контрастным усилением у больных кардиологического и кардиохирургического профиля.

Материал и методы. Было обследовано 14 пациентов со стенозами сонных артерий (СА) >50% перед проведением каротидной эндартерэктомии СА (у 2 пациентов двустороннее поражение СА), 17 больных со стенозами СА >50% перед проведением транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием СА, 12 больных с ревматоидным артритом (РА) и атеросклерозом СА. Всем больным было проведено дуплексное ультразвуковое исследование

экстракраниального отдела брахицефальных артерий с применением ультразвукового контрастного препарата Соновью (Врассо, Швейцария). Исследования проводили на ультразвуковой системе Philips IU 2 с линейным датчиком L9-3 в режиме contrast general.

Результаты. На основании анализа проведенных исследований был разработан протокол ультразвукового исследования артериальной стенки/атеросклеротической бляшки с контрастным усилением. Рассмотрены методические аспекты исследования, апробированы различные дозы введения ультразвукового контрастного препарата, время начала исследования, длительность наблюдения за изменениями в бляшке/артериальной стенке, время введения повторной дозы препарата при двустороннем стенозе СА. Выделены типы неоваскуляризации бляшки/артериальной стенки при качественной визуальной оценке. Апробирован способ количественной оценки неоваскуляризации бляшки путем построения кривой интенсивность/время. Выделены дополнительные анализируемые параметры – однородность неоваскуляризации бляшки, состояние поверхности бляшки, уточнение степени стеноза СА. У пациентов с билатеральным стенозом СА оценена роль ультразвукового исследования с контрастным усилением в принятии решения о тактике оперативного вмешательства у больных с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий. В группе больных РА отмечена выраженная степень неоваскуляризации бляшки СА у пациентов с высоким уровнем воспалительных и иммунологических маркеров и цитокинов (СОЭ, вч-СРБ, ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6).

Выводы. Разработанный протокол ультразвукового исследования с контрастным усилением атеросклеротической бляшки/стенки и применение его в кардиологической практике позволит уточнить показания к проведению вмешательства на СА у больных кардиохирургического профиля, а также уточнить тактику ведения пациентов с воспалительными заболеваниями.

Ультразвуковая диагностика плантарного фасциита

Рамонова Д.Р., Салтыкова В.Г., Митьков В.В.

*ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
dr.ramonova@mail.ru*

Цель исследования. Определить возможности ультразвукового (УЗ) исследования у пациентов с плантарным фасциитом (ПФ).

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов с клиническими признаками ПФ – 46 женщин и 21 мужчина в возрасте от 18 до 75 лет ($48,5 \pm 18,3$ года). У 17 пациентов фасциит диагностирован на обеих стопах. Всем пациентам выполнено УЗ-исследование мягких тканей стопы линейными датчиками частотой 5–12 МГц в В-режиме и цветокодированных режимах на аппаратах iU-22 (Philips, Нидерланды) и Logiq P5 (GE HC, США). Проведены измерения толщины в продольной проекции на уровне прикрепления к пяточной кости, в средней трети стопы и на уровне головок плюсневых костей. В поперечной проекции оценивалась площадь поперечного сечения на уровне прикрепления к пяточной кости. Верификация полученных данных проводилась при помощи магнитно-резонансной томографии. Количественные данные представлены в виде медианы,

5–95-го перцентилей и минимального – максимального значений.

Результаты. У всех пациентов основные изменения подошвенной фасции отмечались на уровне прикрепления к пяточной кости. Контур апоневроза на всем протяжении был четкий, с неровными волнистыми контурами. Медиана толщины на уровне пяточной кости составила 4,45 мм, 5–95-й перцентили – 3,4–7,7 мм, минимальное – максимальное значения – 3,2–8,5 мм; на уровне средней трети – 2,1, 1,5–3,2, 1,4–6,1 мм; на уровне головок плюсневых костей – 1,4, 1,0–1,8, 1,0–5,0 мм соответственно. Значения площади поперечного сечения на уровне прикрепления к пяточной кости составили 0,53, 0,32–1,08, 0,28–0,57 см². В режимах цветового и энергетического доплеровского картирования кровотоков в апоневрозе не определялся.

Выводы. УЗ-исследование позволяет выявлять изменения в размере и структуре подошвенного апоневроза и может быть использовано у пациентов с болью в пяточной области подошвенной поверхности стопы при подозрении на развитие плантарного фасциита.

Ультразвуковое исследование стопы у пациентов с объемными образованиями мягких тканей стопы

Рамонова Д.Р., Салтыкова В.Г.

*ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
dr.ramonova@mail.ru*

Цель исследования. Сравнить данные ультразвукового (УЗ) исследования у пациентов с объемными образованиями мягких тканей стопы на уровне плюснефаланговых суставов с результатами их оперативного лечения и гистологического исследования.

Материал и методы. УЗ-исследование мягких тканей стопы на уровне плюснефаланговых суставов проведено 40 пациентам, разделенным на 2 группы: 1-я – 10 человек со здоровой стопой (5 мужчин и 5 женщин); 2-я – 30 пациентов с объемными образованиями мягких тканей стопы на уровне плюснефаланговых суставов, которым выполнены оперативное лечение и гистологическая оценка резецированного материала. УЗ-исследование проводилось линейными датчиками частотой 5–12 МГц в В-режиме и цветокодированных режимах на аппаратах iU-22 (Philips, Нидерланды) и Logiq P5 (GE HC, США) в стандартных проекциях. Датчик устанавливался продольно и поперечно поочередно во 2, 3, 4-м межплюсневых промежутках, с тыльной и подошвенной сторон. Количественные данные представлены в виде медианы, 5–95-го перцентилей и минимального – максимального значений.

Результаты. При УЗ-исследовании мягких тканей стоп в В-режиме у пациентов 1-й группы в межплюсневых промежутках визуализировалась ткань средней эхогенности, без наличия объемных образований. У пациентов 2-й группы на фоне ткани средней эхогенности выявлялось гипоэхогенное объемное образование с неровными контурами, овальной формы. В правой стопе выявлено 18 образований, в левой – 12. 17 образований выявлено в 3-м межплюсневом промежутке, 13 – во 2-м. Медиана длины, ширины и толщины образования составила 15,2, 10,4 и 5,7 мм; 5–95-й перцентили – 8,4–22,8, 6,5–16,1, 4,2–7,8 мм, минимальное – максимальное значения – 6,6–24,3, 5,2–19,3, 3,1–9,3 мм соответственно. 28 (93,3%) образований в ре-

жимах цветового и энергетического доплеровского картирования были полностью аваскулярными. По данным оперативного лечения и гистологического исследования неврома Мортона была подтверждена во всех этих случаях (28 – 93,3%). У 2 (6,7%) пациентов в образованиях определялась выраженная внутренняя артериальная васкуляризация, в этих случаях гистологический материал соответствовал фиброме (1 – 3,3%) и липофиброме (1 – 3,3%).

Выводы. УЗ-исследование может быть использовано в качестве одного из основных методов в диагностическом алгоритме выявления объемных образований мягкой ткани стопы.

Ультразвуковое исследование у больных, перенесших герниопластику с применением сетчатых эндопротезов

Репина Е.В., Петрушко С.И., Малютина Ю.А.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск

Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, г. Красноярск
elerepina@ya.ru

Цель исследования. Диагностика осложнений в раннем послеоперационном периоде после грыжесечений с использованием сетчатых эндопротезов (СЭ).

Материал и методы. За последние 10 лет (с 2008 по 2018 г.) было прооперировано 2890 больных обоего пола с грыжами передней брюшной стенки (преимущественно паховые – 53%, послеоперационные вентральные грыжи – 25%, пупочные – 7%). Средний возраст больных составил 42,8 лет. Всем больным в течение 5–14 дней после оперативного вмешательства проводилось ультразвуковое исследование мягких тканей послеоперационного рубца на аппарате Sonoscape-SSI 8000 (США – Китай), LG Vivid7 датчиками 3,5, 7 и 12 МГц. Оценивалось состояние тканей вокруг сетчатого эндопротеза, наличие жидкостных зон.

Результаты. Одним из частых осложнений применения сетчатых эндопротезов при проведении герниопластики является появление сером, и чаще это наблюдается при расположении «сетки» в позицию on lay, когда происходит контактирование его с подкожно-жировой клетчаткой, и при отслойке ее на больших зонах от апоневроза. В раннем послеоперационном периоде при использовании СЭ осложнения отмечались у 9% больных с пупочными, послеоперационными вентральными, вентральными грыжами. В 5% случаев выявлено наличие сером, в 0,4% случаев – с признаками их нагноения. При ультразвуковом исследовании чаще удавалось визуализировать сетчатый эндопротез, который расположен по ходу послеоперационного рубца, на глубине от 2,3–4,0 см в виде тонкого, ровного, повышенной эхогенности тяжа, иногда неоднородного, с мелкоочечными, гиперэхогенными, равномерно расположенными включениями. Волнообразный ход СЭ в раннем послеоперационном периоде обычно был при грыжесечении с применением СЭ послеоперационных грыж в области боковых поверхностей (после операций на почках с применением оперативного доступа по Израэлю). Серомы визуализировались в виде анэхогенных, горизонтально расположенных участков с ровными контурами, толщиной от 0,5 до 3–4 см, чаще над СЭ, лентовидной формы, с гомогенной внутренней структурой, иногда линейной формы, гиперэхогенными включениями. В случаях их нагноения внутренняя структура

жидкостного скопления становилась неомогенной, появлялась мелкодисперсная эховзвесь. При выявлении жидкостных скоплений в области СЭ толщиной более 1 см, продолжительных по длине, под УЗ-контролем проводилась пункция с целью их удаления.

Выводы. Использование ультразвукового исследования послеоперационной зоны после оперативного лечения грыж передней брюшной стенки с применением сетчатых эндопротезов позволяет вовремя диагностировать и удалить возникшие осложнения.

Миниинвазивная хирургия абсцессов брюшной полости у детей. Клинический случай

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Горшков А.Ю., Михайлова С.И.

ГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Тверь
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тверь
usufov@yandex.ru

Цель исследования. Анализ результатов лечения абсцедирующего перитонита у ребенка с использованием пункционных методик под контролем ультразвукового исследования (УЗИ).

Материал и методы. Мальчик 10 лет находился в отделении гнойной хирургии ГБУЗ ДОКБ г. Твери с 06.02.2019 по 26.02.2019. Поступил через 12 сут от начала заболевания с жалобами на боли в животе, жидкий стул, подъем температуры до 38 °С. Из анамнеза: ребенок беспокоили боли в животе, жидкий стул до 8 р/сут. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства с диагнозом «гастро-дуоденит». При поступлении состояние средней степени тяжести. Живот подвздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется малоподвижное болезненное образование. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При полипозиционном УЗИ брюшной полости выявлены 8 абсцессов брюшной полости разной локализации.

Результаты. При УЗИ в малом тазу визуализируется абсцесс объемом 58 см³. Над мочевым пузырем в левой подвздошной области визуализируется гнойник размерами 29 × 6,5 мм; в правой подвздошной области два гнойника: 42 × 20 и 40 × 21 мм. По правому фланку визуализируется несколько гнойников размерами от 25 до 45 мм; в мезогастрии слева – гантелевидной формы, размерами 50 × 24 мм; под печенью – 55 × 15 мм. Хирургическую тактику определяет форма абсцедирующего перитонита (Карасева О.В., 2006): при периаппендикулярных абсцессах III необходима чрескожная пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Под общим наркозом в условиях операционной после обработки операционного поля под контролем УЗИ были визуализированы и пунктированы абсцессы в правой подвздошной области (получено 15 мл гноя), правого мезогастрия (5 мл гноя), малого таза (через прямую кишку, 5 мл гноя), в подпеченочном пространстве (15 мл), по правому фланку (10 мл), левой подвздошной области (5 мл гноя), левого мезогастрия (15 мл). Все абсцессы были промыты растворами антибиотиков, часть из них дренирована, часть пунктирована под УЗ-контролем. В динамике через 7 дней в малом тазу визуализируется абсцесс объемом 10 см³. Над лоном справа – 3 см³. Остальные гнойники достоверно не определяются. Ребенок провел в клинике 21 день. За это время абсцесс в малом

тазу уменьшился в объеме с 53 до 2,4 см³, остальные гнойники по УЗИ не определяются. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан на медицинскую паузу.

Выводы. Пункционный метод лечения является безопасным, высокоэффективным и в силу этого приоритетным методом лечения абсцессов брюшной полости у детей. Процедуру необходимо выполнять под строгим контролем ультразвука и с использованием только специального инструментария. Широкое использование миниинвазивных технологий способствует более быстрому излечению больных детей, предотвращая объемные, калечащие операции.

Роль эхографии в диагностике и лечении травмы селезенки

Румянцова Г.Н., Юсуфов А.А., Волков С.И., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.

ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет"
Минздрава России, г. Тверь
ГБУЗ "Детская областная клиническая больница", г. Тверь
usufov@yandex.ru

Цель исследования. Проанализировать результаты лечения детей с травмой селезенки (ТС) и определить роль эхографии в диагностике и выборе метода лечебной тактики у детей с закрытой травмой живота.

Материал и методы. За период с 2007 по 2019 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери пролечено 39 детей с ТС, возраст которых составил от 3 до 17 лет, из них мальчиков 28 (71,8%), девочек 11 (28,2%). Среднее время поступления с момента травмы в стационар – 7 ч. У 25 (64,1%) детей причиной повреждения была кататравма, 6 (15,3%) – попали в ДТП, 4 (10,3%) пациента ударились об руль, 3 (7,8%) пациента пострадали в драке, и на одного ребенка (2,5%) упала глыба льда. Всем детям при поступлении выполнялось УЗИ брюшной полости в формате FAST-протокола. При выявлении гемоперитонеума измерялся его объем и локализация, а также при динамическом наблюдении, которое проводилось через 1, 2, 3 и 6 ч от момента поступления, вычислялся индекс продолжающегося кровотечения (% кровопотери от ОЦК/час).

Результаты. У 38 (97,4%) детей выявлено повреждение селезенки, которое только у 15 (38,5%) эхографически было представлено линейными разрывами паренхимы селезенки, а в остальных случаях зона повреждения оценивалась как эхоразнородный участок. Подкапсульная гематома визуализировалась у 10 пациентов (25,6%). В 3 (7,6%) случаях признаки гемоперитонеума отсутствовали. Лапаротомия, спленэктомия выполнена 7 (17,9%) детям, диагностическая лапароскопия проведена 9 (23,1%) пациентам, одному из которых ввиду продолжающегося кровотечения (ПК) выполнена конверсия и спленэктомия. У 23 (58,9%) пациентов консервативные мероприятия оказались успешными и оперативное вмешательство не потребовалось.

Анализ результатов лечения показал, что спонтанный гемостаз при ТС эффективен у 32 (82,1%) пациентов. В группе неоперированных детей при эхографическом контроле объем гемоперитонеума оценивался как "малый" – до 7,5 мл/кг массы тела и "средний" – до 25 мл/кг, а индекс продолжающегося кровотечения не превышал 5. Диагностическая лапароскопия выполнялась в сомнительных случаях для оценки ПК и санации гемоперитонеума, объемом которого практически полностью соответствовал эхогра-

фическим расчетам. У всех детей с выполненной спленэктомией макропрепарат был представлен единичными или множественными разрывами паренхимы органа через сосудистую ножку. Один ребенок погиб от геморрагического шока, причиной которого был полный отрыв селезенки.

Выводы. Таким образом, эхография является наиболее оптимальным, мобильным и быстрым методом диагностики и определения лечебной тактики при ТС у детей. При наличии "большого гемоперитонеума" (кровопотеря более 25 мл/кг) и подозрении на ПК показана диагностическая лапароскопия. При ПК и отсутствии эффекта от противошоковых мероприятий с гемостатической терапией необходима экстренная лапаротомия.

Возможности применения ARFI-эластографии у пациентов с циррозом печени

Рыхтик П.И., Рябова Е.Н., Сафонов Д.В., Демин И.Ю.

ФБУЗ "Приволжский окружной медицинский центр" ФМБА России,
г. Нижний Новгород
ФГАОУ ВО "ННГУ им. Н.И. Лобачевского", г. Нижний Новгород
rykhtik@gmail.com

Цель исследования. Оценить возможность применения ARFI-эластографии в сопоставлении с данными пункционной биопсии при диагностике цирроза печени.

Материал и методы. За период с 2014 г. по июнь 2019 г. были обследованы две группы пациентов. Первую группу составили 20 практически здоровых лиц (женщин – 6 (30%), средний возраст $43 \pm 5,3$ года, мужчин – 14 (70%), средний возраст $28 \pm 3,2$ года). Во вторую группу вошло 79 больных с циррозом печени (женщин – 47 (59,5%), средний возраст $58,2 \pm 10,4$ года, мужчин – 32 (40,5%), средний возраст $54,8 \pm 9,6$ лет). Группа практически здоровых лиц объединила потенциальных родственных доноров фрагмента печени, которым перед забором правой доли для родственной трансплантации при обследовании выполнялась ARFI-эластография и пункционная биопсия органа. Больным второй группы с циррозом также выполнялась ARFI-эластография и пункционная биопсия печени перед внесением их в лист ожидания на трансплантацию.

Результаты. У практически здоровых лиц в ходе выполнения ARFI-эластографии был диагностирован фиброз печени F0–F1 по Metavir. При проведении пункционной биопсии печени и последующего гистологического исследования морфологическая картина соответствовала условной норме, расхождений диагностики стадии фиброза по данным ARFI-эластографии и биопсии не было.

В ходе ARFI-эластографии у пациентов второй группы фиброз печени F2–F3 по Metavir был диагностирован у 2 (2,5%) больных, фиброз печени F3–F4 – у 38 (48,1%), фиброз печени F4 – у 39 (49,4%). При сравнении данных ARFI-эластографии и пункционной биопсии расхождения диагностики стадии фиброза печени также не отмечено. У пациентов в группе с циррозом печени выявлено, что при более длительном анамнезе и агрессивном клиническом течении заболевания жесткость паренхимы печени возрастает по данным ARFI-эластографии.

Выводы. Метод ARFI-эластографии печени в комплексе с другими ультразвуковыми методиками применим для дифференциальной диагностики различных стадий фиброза и является методом выбора неинвазивного подтверждения диагноза цирроза печени. Чем больше жесткость

паренхимы печени по данным ARFI-эластографии, тем более тяжелым в клиническом течении является пациент с циррозом печени.

Применение ультразвукового исследования для контроля состояния метастазов в печени после проведения селективной эмболизации ветви собственной артерии печени

Рязанцев А.А., Давидян К.В., Литвина О.П.

НУЗ "НКЦ ОАО «РЖД»", г. Москва

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
a.ryazantsev@mail.ru

Цель исследования. Определить возможности применения ультразвукового метода обследования в оценке состояния метастазов в печени после селективной эмболизации ветвей собственной артерии печени (САП) у неоперабельных пациентов.

Материал и методы. У 24 пациентов, проходивших лечение в НУЗ "НКЦ ОАО «РЖД»" в 2006–2018 гг., через 4–12 мес после удаления первичного опухолевого очага при контрольном обследовании были выявлены множественные метастазы в печени размерами от 2,2 до 6,5 см. Гистологическое исследование первичного опухолевого очага и метастазов в печени проводилось в 100% случаев. В связи с тяжелым общесоматическим состоянием пациентов или множественными метастазами в печени было решено отказаться от проведения радикальных оперативных вмешательств. Исследования производились на аппаратах Voluson-e и Voluson E8 (General Electric, США) с использованием конвексных датчиков 2,5–6,0 МГц. Эмболизация ветвей САП производилась микроэмболами (300–500 мкм, Cook) на ангиографической рентгеновской установке Axiom Artis (Siemens, Германия).

Результаты. Билобарное поражение печени было выявлено у 11 пациентов – 45,8%. Перинодулярный характер кровотока в метастазах был выявлен у 18 пациентов – 75% случаев; смешанный кровоток – у 6 пациентов – 25%. Не было выявлено достоверных различий в характере кровоснабжения метастазов в печени в зависимости от локализации первичных опухолевых очагов. Часто различные метастатические узлы у одного и того же пациента имели различный характер кровотока. У 10 пациентов (41,7%) были выявлены признаки сдавливания внутрипеченочных желчевыводящих протоков, с умеренной гипербилирубинемией – общий билирубин ≤ 54 мкмоль/л. После эмболизации САП в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отсутствовали выраженные осложнения.

Ультразвуковыми признаками лечебного патоморфоза при селективной эмболизации ветвей САП являлись изменение эхоструктуры метастаза и появление неоднородного образования повышенной эхогенности с четкими неровными контурами на месте эмболизированного участка печени, превышающего размеры первичного очага, а также доплерографические признаки редукции патологического кровотока. В раннем послеоперационном периоде лечение считалось эффективным при наличии эхографических признаков развития некроза в зоне воздействия и отсутствии кровотока во всех отделах эмболизированного участка печени. В позднем послеоперационном периоде отмечалось постепенное (с 3–4 мес) развитие коллатерального крово-

тока на фоне участка лечебного патоморфоза. Продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составляла 4–23 мес (в среднем 11 ± 3 мес).

Выводы. Метод ультразвуковой диагностики в В-режиме, в режимах трехмерной эхографии и эластографии позволяет: снизить риск развития осложнений, связанных с проведением инвазивных методов диагностики (селективная ангиография); оценить результаты эмболизации метастатических образований; обеспечить наблюдение в послеоперационном периоде; улучшить качество жизни неоперабельных пациентов.

Ультразвуковая визуализация ятрогенных инородных тел в раннем, позднем и отдаленном послеоперационном периоде

Рязанцев А.А., Давидян К.В., Литвина О.П.

НУЗ "НКЦ ОАО «РЖД»", г. Москва

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
a.ryazantsev@mail.ru

Цель исследования. Определить эффективность эхографии в выявлении ятрогенных инородных тел, оставленных в результате проведенных плановых и экстренных хирургических вмешательств, в раннем, позднем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 32 историй болезни пациентов с выявленными ятрогенными инородными телами, поступивших или проконсультированных в НУЗ "НКЦ ОАО «РЖД»" в 2004–2018 гг. Текстильные инородные тела (большие и малые марлевые салфетки) были выявлены у 18 пациентов, металлические предметы (иглы) – у 7 пациентов, фрагменты дренажных трубок – у 7 пациентов. Продолжительность нахождения ятрогенных инородных предметов в теле пациента составляла от нескольких часов до 30 лет. Оперативные вмешательства по удалению инородных тел были произведены 31 пациенту. Проведен сравнительный анализ эффективности применения эхографии в выявлении различных видов ятрогенных инородных тел. Полученные результаты сравнивались с данными рентгенографии, КТ и МРТ.

Результаты. Основные эхографические признаки послеоперационных текстильных инородных тел: наличие гиперэхогенной неподвижной структуры разной протяженности с неровными, четкими контурами, дугообразной или неправильной формы; четкая дистальная акустическая тень от нижней границы гиперэхогенной эхоструктуры; отсутствие изменений в эхографической картине при полипозиционном сканировании и от времени проведения обследования. Косвенные эхографические признаки: визуализация в непосредственной близости от локализации инородного тела свободной жидкости, ограниченные жидкостные скопления или инфилтративные изменения окружающих тканей; отсутствие кровотока внутри выявленного образования, с возможной регистрацией усиленного кровотока в окружающих тканях. Текстильные инородные тела плевральной полости вызывают ее расширение с наличием в ней отграниченного скопления жидкости вокруг данного образования – эмпиемы плевры. Для текстильных инородных тел в забрюшинной клетчатке в связи с отсутствием нарушения функции соседних органов характерна поздняя выявляемость. Повышенная гидрофильность окружающей

жировой ткани способствует образованию отграниченного скопления жидкости вокруг инородного тела с последующим формированием полости абсцесса.

Инородные тела мочевого пузыря часто покрываются солями и становятся ядром конкремента с формированием пролежней, мочевого затека, пузырно-влагалищных свищей.

Дренажные трубки при продольном срезе изображаются в виде четырех тонких линейных гиперэхогенных структур, вызванных отражением ультразвука от стенок трубки с возможным появлением эффекта реверберации или ослабления ультразвуковой волны.

Фрагмент хирургической иглы выявляется в виде эхографической картины линейного гиперэхогенного образования с четкими контурами, по размерам и форме соответствующего самой игле. На поперечных эхограммах игла изображается в виде точечного гиперэхогенного образования с акустическим эффектом дистальной акустической тени или реверберации в виде «хвоста кометы».

Недостатки эхографии в выявлении инородного ятрогенного тела: субъективизм метода, зависящий от квалификации врача-диагноста и качества ультразвуковой аппаратуры; затруднения в выявлении глубоко расположенных инородных тел и расположение за газосодержащим органом.

Выводы. Выявление инородного ятрогенного тела должно быть включено в проведение дифференциального диагностического алгоритма у пациентов, которые имеют в анамнезе оперативные вмешательства и необъяснимую симптоматику. Во всех случаях подозрения на наличие ятрогенного инородного тела необходимо использовать не менее двух имеющихся методов лучевой диагностики: УЗИ, рентгенографию в двух проекциях, КТ, МРТ.

Опыт внедрения сегментарного гемодинамического подхода в пренатальной диагностике пороков сердца

Самсонова О.А., Мальмберг О.Л., Шеховцов Д.Б., Цискаришвили Т.М., Гапоненко Е.А., Клыкова О.Н.

*Группа компаний «Мать и дитя», г. Москва
ГБУЗ г. Москвы «Центр планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы»*

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва
usfox79@gmail.com*

Цель исследования. Оценка выявляемости пороков сердца у плода с применением стандартной методики и с использованием сегментарного гемодинамического подхода. Ретроспективный расчет чувствительности, специфичности предложенных методик и оценка исходов.

Материал и методы. С октября 2018 по март 2019 г. в Юго-Западном, Юго-Восточном и Южном административных округах г. Москвы осмотрено 19 458 плодов на первом этапе с использованием стандартной методики с оценкой четырехкамерного среза сердца, среза через выводные тракты правого и левого желудочков, среза через три сосуда и трахею с использованием В-режима и ЦДК. Из них выявлено 498 плодов с пороками сердца, отправленных на второй этап.

Все плоды были обследованы с использованием трансабдоминального и трансвагинального доступов на аппаратах Voluson E6, E8, E10 (GE Healthcare, США) объемными мультимодальными конвексными датчиками 2–8 МГц, объемными внутрисполостными датчиками 4–9 МГц. Был

применен сегментарный подход, предложенный Van Pragh в 1960 г., основанный на оценке анатомии по сегментам: от предсердий к желудочкам, от желудочков к выводным трактам, с оценкой атриовентрикулярного и вентрикулоартериального соединений. Методика сегментарного подхода к оценке анатомии сердца включала 7 шагов.

1. Оценка situs.
2. Оценка анатомии предсердий.
3. Оценка типа атриовентрикулярного соединения, проходимости атриовентрикулярных клапанов, морфологии желудочков.
4. Оценка выводного тракта левого желудочка.
5. Оценка выводного тракта правого желудочка.
6. Визуализация дуги аорты, аортального протока.
7. Визуализация 3 сосудов и трахеи.

Использовалась ретроспективная оценка чувствительности и специфичности выявленных нозологий.

Результаты. Выявляемость пороков сердца на первом этапе составила 17,5 на 1000 плодов, при этом чувствительность составила 78% (ТР (ИП) – 387, FN (ЛО) – 111). Чувствительность метода УЗД на втором этапе с применением сегментарного подхода составила 87% (ТР (ИП) – 433, FN (ЛО) – 65).

Выводы. Применение широко используемого в постнатальной практике сегментарного подхода позволит сблизить пренатальные и постнатальные позиции в формулировании диагнозов и прогнозировании исходов.

Оценка показателей импульсно-волновой доплерометрии левого желудочка у плодов с задержкой роста и гестационным сахарным диабетом матери

Самсонова О.А., Мальмберг О.Л., Шеховцов Д.Б., Цискаришвили Т.М., Гапоненко Е.А.

*Группа компаний «Мать и дитя», г. Москва
ГБУЗ г. Москвы «Центр планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы»*

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва
usfox79@gmail.com*

Цель исследования. Оценить показатели импульсно-волновой доплерометрии левого желудочка (ЛЖ) у плодов с задержкой роста (ЗРП) и гестационным сахарным диабетом (ГСД) матери.

Материал и методы. Ультразвуковая диагностика (УЗД) в режимах импульсно-волновой доплерометрии проводилась на аппаратах Voluson E10, E8, E6 (GE Healthcare, США) с использованием трансабдоминального доступа объемными мультимодальными конвексными датчиками 2–8 МГц. Было обследовано 40 плодов с 28 по 40 нед гестации. Контрольная группа состояла из 14 плодов с нормальной массой тела при рождении. В первую группу вошли 13 плодов с задержкой роста, масса плодов была менее 3-го перцентиля по данным УЗД, 3 из них погибли антенатально (два плода из монохориальных биамниотических двоен, осложненных фето-фетальным трансфузионным синдромом, и один плод из одноплодной беременности (отказ пациентки от экстренного родоразрешения)). Во вторую группу были включены 13 плодов с макросомией, обусловленной гестационным сахарным диабетом матери (по данным УЗД, биохимического исследования крови и глюкозотолерантного теста беременных). Плоды были

осмотрены в динамике. Статистической обработке подверглись данные, полученные непосредственно накануне родоразрешения или антенатальной гибели. Параметры включали оценку времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRTL), изоволюметрического сокращения ЛЖ (IVCTLV), времени изгнания из ЛЖ (ETLV). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. В контрольной группе значения IVCTLV составили 4,7 (3,5–4,8) мс, IVRTL – 3,7 (3,3–4,8) мс, ETLV – 13,7 (12,4–15,5) мс. В группе ЗРП значения IVCTLV составили 3,1 (2,7–3,6) мс, IVRTL – 3,0 (1,7–4,9) мс, ETLV – 18,0 (16,4–19,3) мс. В группе с ГСД матери значения IVCTLV составили 4,0 (3,2–4,5) мс, IVRTL – 4,2 (3,7–4,9) мс, ETLV – 15,9 (15,5–16,1) мс. Однако различия между контрольной группой плодов, группами ЗРП и с ГСД матери были недостоверными ($P > 0,05$).

Выводы. Статистически достоверное различие значений IVRTL, IVCTLV и ETLV в группах с ГСД матери, ЗРП и контрольной выявлено не было. Изучение изменения этих временных показателей, отражающих функцию ПЖ, будет продолжено.

Оценка показателей импульсноволевой доплерометрии правого желудочка у плодов с задержкой роста и гестационным сахарным диабетом матери

Самсонова О.А., Мальмберг О.Л., Шеховцов Д.Б., Цискаришвили Т.М., Гапоненко Е.А.

Группа компаний "Мать и дитя", г. Москва
ГБУЗ г. Москвы "Центр планирования семьи и репродукции
ДЗ г. Москвы"

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
usfox79@gmail.com

Цель исследования. Оценить показатели импульсноволевой доплерометрии правого желудочка (ПЖ) у плодов с задержкой роста (ЗРП) и гестационным сахарным диабетом (ГСД) матери.

Материал и методы. Ультразвуковая диагностика (УЗД) в режимах импульсноволевой доплерометрии проводилась на аппаратах Voluson E10, E8, E6 (GE Healthcare, США) с использованием трансабдоминального доступа объемными мультимодальными датчиками 2–8 МГц. Было обследовано 40 плодов с 28 по 40 нед гестации. Контрольная группа состояла из 14 плодов с нормальной массой тела при рождении. В первую группу вошли 13 плодов с задержкой роста, масса плодов была менее 3-го перцентиля по данным УЗД, 3 из них погибли антенатально (два плода из монохориальных биамниотических двоен, осложненных фето-фетальным трансфузионным синдромом, и один плод из одноплодной беременности (отказ пациентки от экстренного родоразрешения)). Во вторую группу были включены 13 плодов с макросомией, обусловленной гестационным сахарным диабетом матери (по данным УЗД, биохимического исследования крови и глюкозотолерантного теста беременных). Плоды были осмотрены в динамике. Статистической обработке подверглись данные, полученные непосредственно накануне родоразрешения или антенатальной гибели. Параметры включали оценку времени изоволюметрического расслабления ПЖ (IVRTRV), изоволюметрического сокращения ПЖ (IVCTRV),

времени изгнания из ПЖ (ETRV). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. В контрольной группе IVCTRV составило 3,1 (2,7–4,7) мс, IVRTRV – 4,0 (2,7–5,5) мс, ETRV – 25,0 (22,4–26,3) мс. В группе ЗРП IVCTRV составило 3,6 (3,1–5,3) мс, IVRTRV – 4,0 (2,3–4,4) мс, ETRV – 25,3 (24,4–26,2) мс. В группе с ГСД матери IVCTRV составило 4,3 (3,8–4,4) мс, IVRTRV – 4,5 (4,0–6,0) мс, ETRV – 25,3 (24,9–26,0) мс. Достоверные различия ($P > 0,05$) для групп ЗРП, ГСД матери и контрольной получены не были.

Выводы. Достоверные различия временных показателей ПЖ в исследуемых группах получены не были. Изменения временных показателей, отражающих функцию ПЖ, требуют дальнейшего изучения.

Оценка показателей импульсноволевой и тканевой доплерометрии левого желудочка у плодов с задержкой роста и гестационным сахарным диабетом матери

Самсонова О.А., Мальмберг О.Л., Шеховцов Д.Б., Цискаришвили Т.М., Гапоненко Е.А.

Группа компаний "Мать и дитя", г. Москва
ГБУЗ г. Москвы "Центр планирования семьи и репродукции
ДЗ г. Москвы"

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
usfox79@gmail.com

Цель исследования. Оценить показатели импульсноволевой и тканевой доплерометрии левого желудочка (ЛЖ) у плодов с задержкой роста (ЗРП) и гестационным сахарным диабетом (ГСД) матери.

Материал и методы. Ультразвуковая диагностика (УЗД) в режимах импульсноволевой и тканевой доплерометрии проводилась на аппаратах Voluson E10, E8, E6 (GE Healthcare, США) с использованием трансабдоминального доступа объемными мультимодальными датчиками 2–8 МГц. Обследовано 40 плодов с 28 по 40 нед гестации. Контрольная группа состояла из 14 плодов с нормальной массой тела при рождении. В первую группу вошли 13 плодов с задержкой роста, масса плодов была менее 3-го перцентиля по данным УЗД, 3 из них погибли антенатально (два плода из монохориальных биамниотических двоен, осложненных фето-фетальным трансфузионным синдромом, и один плод из одноплодной беременности (отказ пациентки от экстренного родоразрешения)). Во вторую группу были включены 13 плодов с макросомией, обусловленной гестационным сахарным диабетом матери (по данным УЗД, биохимического исследования крови и глюкозотолерантного теста беременных). Плоды были осмотрены в динамике. Статистической обработке подверглись данные, полученные непосредственно накануне родоразрешения или антенатальной гибели. Параметры включали оценку отношений E/E' , A/A' и S/S' ЛЖ. Количественные параметры представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. В контрольной группе E/E' ЛЖ составило 1,8 (1,3–2,8), A/A' ЛЖ – 2,8 (1,4–4,9), S/S' ЛЖ – 2,9 (2,05–4,276); в группе ЗРП – 2,1 (1,3–2,6), 2,3 (1,5–2,8), 1,3 (1,1–2,3); в группе ГСД матери – 4,8 (3,2–5,5), 3,3 (2,8–4,8), 4,2 (3,6–4,8) соответственно. Достоверные различия ($P < 0,05$) получены для групп плодов с ГСД матери и кон-

трольной по E/E'ЛЖ, для групп плодов с ГСД матери и ЗРП ($P < 0,05$) по E/E'ЛЖ. Достоверные различия были также получены для групп плодов с ГСД матери и ЗРП по S/S'ЛЖ ($P < 0,05$).

Выводы. У плодов с ГСД матери выявлено статистически достоверное увеличение E/E'ЛЖ по сравнению с контрольной группой и группой ЗРП. Было отмечено достоверное снижение S/S'ЛЖ у плодов с задержкой роста по сравнению с группой плодов с ГСД матери. Результаты представляются нам интересными, и работа будет продолжена.

Оценка показателей импульсно-волновой и тканевой доплерометрии правого желудочка у плодов с задержкой роста и гестационным сахарным диабетом матери

Самсонова О.А., Мальмберг О.Л., Шеховцов Д.Б.,
Цискаришвили Т.М., Гапоненко Е.А.

Группа компаний "Мать и дитя", г. Москва
ГБУЗ г. Москвы "Центр планирования семьи и репродукции
ДЗ г. Москвы"

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
usfox79@gmail.com

Цель исследования. Оценить показатели импульсно-волновой и тканевой доплерометрии правого желудочка (ПЖ) у плодов с задержкой роста (ЗРП) и гестационным сахарным диабетом (ГСД) матери.

Материал и методы. Ультразвуковая диагностика (УЗД) в режимах импульсно-волновой и тканевой доплерометрии проводилась на аппаратах Voluson E10, E8, E6 (GE Healthcare, США) с использованием трансабдоминального доступа объемными мультисекторными конвексными датчиками 2–8 МГц. Было обследовано 40 плодов с 28 по 40 нед гестации. Контрольная группа состояла из 14 плодов с нормальной массой тела при рождении. В первую группу вошли 13 плодов с задержкой роста, масса плодов была менее 3-го перцентиля по данным УЗД, 3 из них погибли антенатально (два плода из монохориальных биамниотических двоен, осложненных фето-фетальным трансфузионным синдромом, и один плод из одноплодной беременности (отказ пациентки от экстренного родоразрешения)). Во вторую группу были включены 13 плодов с макросомией, обусловленной гестационным сахарным диабетом матери (по данным УЗД, биохимического исследования крови и глюкозотолерантного теста беременных). Плоды были осмотрены в динамике. Статистической обработке подверглись данные, полученные непосредственно накануне родоразрешения или антенатальной гибели. Параметры включали оценку отношений E/E', A/A' и S/S' ПЖ. Количественные параметры представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. В контрольной группе E/E'ПЖ составило 2 (1,7–2,6), A/A'ПЖ – 2,3 (2,0–3,3), S/S'ПЖ – 3,3 (2,6–4,2). В группе ЗРП E/E'ПЖ составило 2,9 (1,6–3,4), A/A'ПЖ – 1,7 (1,4–2,5), S/S'ПЖ – 1,9 (1,3–3,0). В группе ГСД E/E'ПЖ составило 8,25 (4,2–13,7), A/A'ПЖ – 4,5 (3,1–10,0), S/S'ПЖ 2,8 (2,2–4,5). Достоверные различия ($P < 0,05$) получены для групп пациентов контрольной, ЗРП и ГСД матери по E/E'ПЖ ($P < 0,05$). Различия получены для групп пациентов с ЗРП и ГСД матери по A/A'ПЖ ($P < 0,05$).

Выводы. На небольшой выборке пациентов выявлены следующие тенденции: статистически значимое увеличе-

ние E/E'ПЖ в группе плодов с ГСД матери по сравнению с контрольной группой и группой плодов с ЗРП; достоверные различия A/A'ПЖ в группах с ГСД матери и ЗРП. Полученные данные требуют продолжения исследования.

Влияние изомеров амлодипина на гемодинамические показатели сердца с учетом патологического ремоделирования левого желудочка у больных гипертонической болезнью

Саушкина С.В., Рахматулло Ф.К.

ФГБОУ ВО "Пензенский государственный университет", г. Пенза
rafaello@mail.ru

Цель исследования. Изучить влияние изомеров амлодипина на структурно-функциональные показатели левого желудочка с учетом наличия ремоделирования сердца у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследовано 154 больных (85 мужчин и 69 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст – $54,6 \pm 4,3$ года). Из них у 73 больных диагностировалась I степень и у 81 больных – II степень АГ. В 1-й группе (84 больных) больным назначали S-амлодипин и во 2-й группе (70 больной) – рацемический амлодипин. Больные получали монотерапию изомерами амлодипина, продолжительность лечения составляла от 4 до 8 нед. До и после лечения больным проводили лабораторно-инструментальные исследования – эхокардиография с доплеровским исследованием (доплер-ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления АД (СМАД), ультразвуковая доплерография общей сонной артерии (ОСА) и плечевой артерии, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты. У 77 больных (50,0%) АГ выявлено нормальное структурно-геометрическое состояние левого желудочка (ЛЖ), а остальных больных имели место патологические структурно-геометрические типы ЛЖ, проявляющиеся концентрическим ремоделированием, и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Из 77 больных с ремоделированием ЛЖ у 25 диагностировалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 37 – концентрическая ГЛЖ и у 15 – эксцентрическая ГЛЖ. Для сравнительной оценки кардиогемодинамических эффектов рацемического и S-амлодипина больных разделили на 2 группы: у 37 больных назначался рацемический амлодипин и у 40 больных – S-амлодипин в дозах, обеспечивающих максимальную нормализацию АД. При этом удельный вес больных с различными типами ремоделирования ЛЖ и исходные показатели кардио- и гемодинамики в группах больных, получавших рацемический и S-амлодипин, были сопоставимы. Показатели толщины стенок – толщина межжелудочковой перегородки, толщина задней стенки ЛЖ и относительная толщина стенок – оказались достоверно выше, чем при отсутствии ремоделирования ЛЖ: в среднем на 25,4% ($P < 0,001$), 23,2% ($P = 0,007$) и 14,6% ($P = 0,002$) соответственно. В результате величина индекса массы миокарда ЛЖ у больных с ремоделированием ЛЖ была достоверно выше в среднем на 20,9% ($P < 0,001$). При сопоставимой антигипертензивной эффективности дозы S-амлодипина были достоверно меньше, чем рацемического амлодипина: $7,1 \pm 2,2$ мг/сут и $11,3 \pm 3,4$ мг/сут ($P = 0,004$). При этом показатели систолического АД (САД), диастолического АД, общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и индекса ударной работы ЛЖ в обеих группах по сравнению с исход-

ным состоянием уменьшились достоверно. Следует отметить, что под влиянием рацемического амлодипина снижение ОПСС более выражено, чем на фоне терапии S-амлодипином: в среднем на 15,7% ($P = 0,006$) и 10,9% ($P = 0,019$) соответственно. Показатели систолической функции сердца – ударный индекс, сердечный индекс, фракция выброса и фракция укорочения мышечных волокон на фоне терапии имели тенденцию к увеличению ($P > 0,05$). Также выявлена корреляция между показателями САД и ОПСС, выраженная у больных с ремоделированием ЛЖ и на фоне терапии рацемическим амлодипином ($r = 0,50$; $P = 0,002$).

Выводы. Таким образом, выявлено, что у больных гипертонической болезнью с 1-й и 2-й степенью АГ при сопоставимом антигипертензивном эффекте терапии разными изомерами амлодипина различия показателей кардио- и гемодинамики недостоверны. Однако показатели ОПСС на фоне терапии рацемическим амлодипином были достоверно ниже, чем при терапии S-амлодипином.

Изменение диастолической функции левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией под влиянием изомеров амлодипина с учетом структурно-геометрических особенностей сердца

Саушкина С.В., Рахматуллин Ф.К.

ФГБОУ ВО "Пензенский государственный университет", г. Пенза
rafaello@mail.ru

Цель исследования. Сравнительная оценка влияния изомеров амлодипина на диастолическую функцию сердца с учетом структурно-геометрических особенностей левого желудочка у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Исходно больные рандомизированы на 2 группы: 1-я группа – 84 больных, получали левовращающий изомер амлодипина (S-амлодипин) в дозе 5–10 мг/сут ($7,1 \pm 2,2$ мг/сут) и 2-я группа – 70 пациентов – рацемический амлодипин в дозе 5–10 мг/сут ($11,3 \pm 3,4$ мг/сут). Продолжительность лечения составляла от 4 до 8 нед. Из 154 больных у 73 диагностировалась I степень и у 81 пациента – II степень АГ. Критериями исключения из исследования являлись: вторичные формы АГ, сахарный диабет; хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; нарушения сердечного ритма. До и после лечения больным проводили эхокардиографию с доплеровским исследованием (доплер-ЭхоКГ) и суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. У 77 больных (50,0%) выявлено нормальное структурно-геометрическое состояние левого желудочка (ЛЖ), у 25 – концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 37 – концентрическая гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) и у 15 – эксцентрическая ГЛЖ. Диастолическую функцию ЛЖ анализировали по динамике трансмитрального диастолического потока крови на фоне терапии. Определяли максимальные скорости быстрого и медленного наполнения ЛЖ и их соотношение (V_e , V_a , V_e/V_a), время изоволюмического расслабления миокарда ЛЖ (IVRT) и время замедления потока в фазу быстрого наполнения ЛЖ (DT). Из 154 больных у 113 (79,4%) выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ, в том числе в группе больных с нормальной геометрией ЛЖ в 46,8% случаев. Исходно в обеих группах показатели трансмитрального диастолического потока соответствовали I типу диастолической дисфункции ЛЖ, вызванной

нарушением активной релаксации миокарда. На фоне терапии в обеих группах достоверно увеличилась максимальная скорость быстрого кровенаполнения ЛЖ (V_e): в 1-й группе в среднем на 6,0% ($P = 0,014$), во 2-й группе на 7,4% ($P = 0,013$). Максимальная скорость медленного кровенаполнения V_a в обеих группах достоверно уменьшилась: в 1-й группе в среднем на 6,9% ($P = 0,005$), во 2-й группе на 9,8% ($P = 0,002$). Высоко достоверно ($P < 0,001$) увеличились показатели V_e/V_a (в среднем на 12,5 и 15,0% соответственно). Время изоволюмического расслабления миокарда ЛЖ – IVRT уменьшилось достоверно: в 1-й группе в среднем на 4,0% ($P = 0,028$), во 2-й группе на 4,2% ($P = 0,019$). Время замедления потока в фазу быстрого кровенаполнения (DT) и конечного диастолического давления (КДД) ЛЖ в обеих группах имели тенденцию к уменьшению ($P > 0,05$).

Выводы. Левовращающий изомер амлодипина вызывает улучшение диастолической функции ЛЖ у больных с АГ 1-й и 2-й степени при наличии диастолической дисфункции независимо от наличия или отсутствия структурного ремоделирования ЛЖ. Выраженность динамики показателей трансмитрального диастолического потока при использовании терапевтически эквивалентных доз рацемического и левовращающего амлодипина оказалась идентичной.

Сравнение ультразвуковых показателей общих сонных артерий у мужчин-железнодорожников с артериальной гипертензией в зависимости от возраста и стажа курения

Саушкина С.В.

ФГБОУ ВО "Пензенский государственный университет", г. Пенза
rafaello@mail.ru

Цель исследования. Оценить величину толщины комплекса "интима-медиа" общих сонных артерий у мужчин – работающих железнодорожников, изучить ее связь с возрастом, стажем курения и наличием АГ.

Материал и методы. Проанализированы комплексные обследования 123 мужчин-железнодорожников в возрасте от 25 до 55 лет, разделенных ретроспективно на 4 группы: 1-я группа – 38 пациентов с АГ и стажем курения не менее 10 лет, 2-я группа – пациенты с АГ некурящие (допускалось курение в прошлом менее 10 лет), включала 34 человека; 3-я – нормотензивные курильщики со стажем курения 10 и более лет, 24 человека, и 4-я группа включала практически здоровых некурящих нормотоников (допускалось курение в прошлом менее 10 лет), 27 работников железной дороги. Оценивали структурно-функциональные изменения общих сонных артерий (ОСА), проводили ультразвуковую доплерографию плечевой артерии (ПА) для оценки функции эндотелия при помощи пробы с реактивной гиперемией. По возрастному признаку группы были однородными.

Результаты. Степень АГ рассматривалась не выше 1–2, у нормотензивных лиц обязательно оценивались факторы риска (отягощенная наследственность, проявления дислипидемии, увеличение индекса массы тела). Ультразвуковое исследование сонных артерий включало определение толщины комплекса "интима-медиа" (КИМ), в качестве верхней границы нормы КИМ ОСА использовали величину 0,9 мм. Эндотелийзависимую вазодилатацию ПА определяли и интерпретировали в тесте с реактивной гиперемией. Критериями исключения из исследования являлись:

сахарный диабет; хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; нарушения сердечного ритма. Отмечено, что не во всех случаях имелись одновременно признаки структурного ремоделирования сосудов и эндотелиальная дисфункция; из 72 мужчин с АГ 1–2-й степени гипертрофия сосудистой стенки (толщина КИМ > 0,9 мм ОСА) была выявлена у 32 гипертоников (44,2%), а эндотелиальная дисфункция – у 93 пациентов (76,0%), в том числе у всех с ремоделированием сосудов. Средние показатели КИМ в изучаемых группах оказались следующими: максимальные значения выявлены в 1-й группе – 0,9 мм; во 2-й группе – 0,85 мм; в 3-й группе – самый большой диапазон значений, от 0,7 мм у пациентов до 33 лет и 1,2 мм у более старших участников, но в среднем 0,78 мм ($P < 0,01$). Самые оптимальные показатели толщины КИМ общих сонных артерий – 0,74 мм – выявлялись у некурящих нормотензивных работающих мужчин, причем изменения в сторону увеличения КИМ ОСА у них начинали проявляться заметно позже, чем у активно курящих и больных АГ, а именно после 38 лет ($P < 0,01$), и всегда ($P < 0,05$) сопровождалась или увеличением индекса массы тела более 30,0, и/или отягощенной наследственностью сердечно-сосудистых заболеваний близких родственников, что позволяло предположить весомый вклад этих двух факторов в процесс ремоделирования артериальной стенки. Интересен тот факт, что изменения толщины КИМ выявлялись в любом возрасте, были тем более выражены, чем старше пациент ($P < 0,05$) и чем большее количество факторов риска имел. Нарушение вазомоторной функции находилось в прямой зависимости от наличия ремоделирования артерий и степени АД.

Выводы. Показано, что индекс массы тела и возраст пациентов во всех изучаемых группах – факторы, определяющие степень ремоделирования артерий. Изменения толщины КИМ нарастают с возрастом, более выражены при артериальной гипертензии, у курящих более 10 лет, от других факторов риска зависят в меньшей степени. Нарушение вазомоторной функции находилось в прямой зависимости от наличия ремоделирования артерий и степени АД.

Взаимоотношение структурного ремоделирования сонных артерий и сердца у работающих железнодорожников с артериальной гипертензией

Саушкина С.В.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза
rafaello@mail.ru

Цель исследования. Оценить взаимосвязи структурно-функционального ремоделирования сонных артерий и сердца у работающих железнодорожников с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 56 больных (32 женщины и 24 мужчины) в возрасте от 47 до 58 лет ($54,2 \pm 4,7$ лет). Критерии исключения: инфаркт миокарда и стойкая ХСН. Пациентам провели: суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭКГ, оценку структурно-функциональных изменений со стороны ОСА с помощью дуплексного ультразвукового исследования, ультразвуковую доплерографию плечевой артерии (ПА) для оценки функции эндотелия, а именно эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) ПА и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД); эхокардиография (ЭхоКГ) позво-

ляла оценить наличие и степень ремоделирования сердца. Больных разделили на 2 группы: 1-я (контрольная) – 19 пациентов с нормальной геометрией левого желудочка (ЛЖ), 2-я группа – 37 больных со структурным и/или функциональным ремоделированием ЛЖ.

Результаты. При помощи ЭхоКГ оценивали структурно-функциональное состояние левых камер сердца, позволяющее определить степень гипертензивного ремоделирования ЛЖ и левого предсердия, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и показатели систолической и диастолической функций сердца. С помощью дуплексного ультразвукового исследования вычисляли толщину КИМ, диаметр просвета сосуда, индекс просвет/стенка и линейную пиковую (систолическую) скорость кровотока. В качестве верхней границы нормы КИМ ОСА использовали величину 0,9 мм. Величина изменения диаметра ПА и ее направленность по сравнению с исходной величиной диаметра сосуда позволяет оценить функцию сосудистого эндотелия, ЭЗВД ПА. В норме величина ЭЗВД составляет более 10%, меньшее ее значение или вазоконстрикция считается патологической. За норму нитроглицерин-индуцированной вазодилатации (ЭНЗВД) считали значение более 20%. У больных 2-й группы выявлено уменьшение ЭЗВД и ЭНЗВД по сравнению с контрольной группой в 1,7 и 2,4 раза соответственно. У больных 1-й группы показатели КИМ и ИММЛЖ по сравнению со 2-й группой были достоверно ниже в среднем на 14,7 ($P < 0,01$) и 25,7% ($P < 0,001$) соответственно. Выявлены достоверные корреляции показателей ЭЗВД и ЭНЗВД со степенью патологического ремоделирования артерий ($P < 0,05$), а именно с увеличением КИМ. У ИММЛЖ выявлены достоверные корреляционные связи с продолжительностью АГ, величиной САД и индексом времени «нагрузки давлением», возрастом пациента. Между показателями КИМ и ИММЛЖ достоверные корреляции не были выявлены ни в одной из групп ($P > 0,05$). Гипертрофия сосудистой стенки (толщина КИМ > 0,9 мм ОСА) была выявлена у 25 больных (44,6%), а эндотелиальная дисфункция – у 43 больных (76,0%), в том числе у всех больных с ремоделированием сосудов.

Выводы. Выявлены достоверные корреляции показателей ЭЗВД и ЭНЗВД со степенью патологического ремоделирования артерий ($P < 0,05$), а именно с увеличением КИМ, у пациентов обеих групп. Для ИММЛЖ выявлены достоверные корреляционные связи с продолжительностью АГ, величиной САД и индексом времени «нагрузки давлением», возрастом пациента. Между показателями КИМ и ИММЛЖ достоверные корреляции не были выявлены ни в одной из групп ($P > 0,05$).

Ультразвуковая диагностика тромбозов глубоких вен нижних конечностей и тромбозов ветвей легочной артерии

Сафиуллина Л.Р., Горбачева О.В., Насырtdинова А.М.

Медсанчасть ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань
isaf66@mail.ru

Цель исследования. Сопоставление уровня, характера тромбозов глубоких вен нижних конечностей с частотой тромбозов ветвей легочных артерий (ТЭЛА), выявления легочной гипертензии по результатам эхокардиоскопии.

Материал и методы. В сосудистом отделении стационара было исследовано 92 пациента с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в возрасте от 31 до 72 лет, из них 56 мужчин, 36 женщин. Экстренно госпитализировано 69 пациентов, 23 пациента было направлено с амбулаторного приема. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Philips Affiniti 70.

Результаты. Давность тромбоза глубоких вен нижних конечностей по клинической симптоматике составила от нескольких часов до 2 нед. Тромбозы суральных вен выявлены у 14 пациентов, камбаловидных и малоберцовых вен – 23, задних большеберцовых – 6, подколенных вен и глубоких вен голени – 25, бедренных вен с выходом головки в общие бедренные вены – 14, наружных подвздошных вен – 6, общих подвздошных вен – 3. Определена флотация головки тромба в общей бедренной вене в 11 случаях, в подколенной вене – 15, в наружной подвздошной вене – 3, общее число флотаций составило 29. У 18 пациентов головка тромба была неровной, у 11 пациентов – ровной, овальной. Протяженность флотации головки тромба составила от 2 до 7 см. Структура тромбов во всех случаях была неоднородной. В связи с жалобами на одышку, тахикардию, повышение температуры тела 70 пациентам была проведена спиральная компьютерная томография (СКТ) легочных артерий. Падение артериального давления зафиксировано у 4 пациентов. Признаки ТЭЛА по СКТ выявлены у 64 (69,5%) пациентов, из них долевых ветвей пристеночного характера – у 4 пациентов (4,2%), сегментарных ветвей – 21 (22,8%), мелких – 39 (42,4%). В 1-й и 2-й группах пациентов тромбозы были диагностированы в подколенных, бедренных, подвздошных венах, в последней группе пациентов тромбозы были диагностированы в глубоких венах голени. У пациентов с диагностированной ТЭЛА при эхокардиографии в 12% (11 пациентов) выявлена дилатация правых отделов сердца, дилатация легочных артерий, трикуспидальная регургитация, признаки легочной гипертензии, в 23% (21 пациент) были выявлены признаки легочной гипертензии без дилатации правых отделов сердца, в 37% (34 пациента) правые отделы сердца не были расширены, признаки легочной гипертензии не выявлены.

Выводы. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей сопровождается высокой частотой тромбозов легочных артерий, но большая часть из них сопровождается поражением мелких ветвей. Источниками тромбозов являются флотирующие и пристеночные тромбы. Мелкие ветви легочных артерий поражаются при тромбозах глубоких вен голени, в большей части не сопровождаются острой клинической симптоматикой.

Ультразвуковое исследование почечного кровотока у больных с хроническим гломерулонефритом

Сафиуллина Л.Р., Горбачева О.В., Вахитова Р.Ш.

Медсанчасть ФГАОУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет", г. Казань

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань
isaf66@mail.ru

Цель исследования. Получение гемодинамических показателей кровотока в интерлобарных и дуговых артериях почек у больных с хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы. Исследовали 18 пациентов в возрасте от 23 до 65 лет, из них 11 женщин, 7 мужчин. 1-я группа состояла из 10 пациентов с артериальной гипертензией, 2-я группа – из 8 пациентов с нефротическим синдромом. Из исследования исключили пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате Philips Affiniti 70 натошак. Оценивали размеры и структуры почек, измеряли пиковую линейную скорость (V_s), пульсационный индекс (PI) и индекс резистентности (RI) в интерлобарных и дуговых артериях.

Результаты. В режиме серой шкалы в обеих группах значения толщины паренхимы почек были увеличены или находились на уровне верхних нормативных значений, отмечено повышение эхогенности коркового слоя паренхимы почек с подчеркиванием кортико-медуллярной дифференциации. В режиме серой шкалы не выявили достоверных отличий в структуре почек между двумя группами пациентов. Анализ количественных значений кровотока в почках показал, что в 1-й группе пациентов с артериальной гипертензией медиана V_s в интерлобарных артериях составила 43,5 см/с, PI – 1,2, медиана RI – 0,67, в дуговых артериях V_s – 30 см/с, PI – 1,1, RI – 0,65. Во 2-й группе пациентов с нефротическим синдромом получили следующие показатели: в интерлобарных артериях V_s – 45,4 см/с, PI – 1,01, RI – 0,59, в дуговых артериях V_s – 26 см/с, PI – 0,89, RI – 0,57. В группе пациентов с артериальной гипертензией были достоверно повышены индексы, характеризующие периферическое сопротивление как на уровне интерлобарных, так и на уровне дуговых артерий. Эти изменения обусловлены спазмом артерий на обоих уровнях. В группе пациентов с нефротическим синдромом индексы периферического сопротивления в интерлобарных и дуговых артериях достоверно ниже в сравнении с 1-й группой. Линейные скоростные показатели в интерлобарных артериях в 1-й и 2-й группах достоверно не отличались. В группе пациентов с нефротическим синдромом отмечено значимое снижение линейных скоростных показателей в дуговых артериях по сравнению со скоростными линейными показателями в интерлобарных артериях вследствие отека паренхимы почек и открытия шунтов Труета.

Выводы. Выявлены достоверные различия в показателях, характеризующие периферическое сопротивление в интерлобарных и дуговых артериях, при артериальной гипертензии и нефротическом синдроме у больных с хроническим гломерулонефритом. В группе пациентов с нефротическим синдромом были снижены линейные скоростные показатели в дистальных сегментах интрааренальных артерий. Линейные скоростные параметры в интерлобарных артериях не показали достоверных отличий.

Ультразвуковое исследование с контрастным усилением в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы

Сенча Е.А., Сенча А.Н., Пеняева Э.И.,
Патрунов Ю.Н., Митькова М.Д., Митьков В.В.

ФГБУ "9 лечебно-диагностический центр" Минобороны России,
г. Москва

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский
центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика
В.И. Кулакова" Минздрава России, г. Москва

НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО
"Российские железные дороги", г. Ярославль

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования" Минздрава России, г. Москва

sencha.ekaterina@gmail.com

Цель исследования. Выявить информативные качественные и количественные показатели ультразвукового исследования с контрастным усилением (КУУЗИ) для дифференциальной диагностики очаговых образований щитовидной железы (ЩЖ).

Материал и методы. В специализированном режиме сканера DC-8 (Mindray, Китай) 154 пациентам с очаговой патологией ЩЖ было проведено КУУЗИ с использованием ультразвукового контрастного препарата (УКП) Соновью в дозировке 2,4 мл. Папиллярный рак ЩЖ (РЩЖ) верифицирован в 64 случаях, фолликулярный РЩЖ – 9, фолликулярная аденома – 56, коллоидный узел – 12, узел при аутоиммунном тиреоидите – 13. Качественная оценка КУУЗИ включала: наличие и тип контрастирования, скорость поступления и скорость вымывания УКП, характер распределения УКП в структуре образования, контуры и сопоставление размеров очага с серой шкалой. Анализ кривой "время–интенсивность" включал: время до пика интенсивности (ТР1, с), пик интенсивности (PI, дБ), время полувыведения (DT/2, с), скорость снижения контрастирования за 30 с после пика интенсивности (DV, дБ/с). На этапе постобработки по каждому из количественных параметров были рассчитаны соответствующие индексы и разница.

Результаты. Статистически значимые различия среди качественных характеристик контрастирования между группами злокачественных и доброкачественных образований ЩЖ были выявлены по следующим параметрам: однородность контрастирования, скорость вымывания УКП. Внутри нозологических подгрупп было выявлено, что АИТ с злообразованием демонстрирует однородное контрастное усиление и сопоставимую с неизменной паренхимой скорость поступления УКП, что отличает АИТ от всех остальных подгрупп. Объединенная группа "РЩЖ" достоверно отличается от доброкачественных нозологических подгрупп по параметру "скорость вымывания", демонстрируя быструю скорость вымывания УКП. Процедура бинарной логистической регрессии с последующим построением ROC-кривых для отдельно учитываемых качественных параметров контрастирования в группах доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ демонстрирует низкую диагностическую эффективность отдельно взятых параметров. Статистически различающиеся количественные параметры контрастирования: Плузел, Рпаренхима, DT/2узел, индекс DT/2, DVузел, индекс DV, разница DV ($P \leq 0,05$). Наиболее информативными показателями в диагностике РЩЖ оказались индекс DT/2, индекс DV

и разница DV. Тест "индекс DT/2 > 1,028 – РЩЖ" характеризуется чувствительностью 86,1%, специфичностью 85,2%, предсказательной ценностью положительного теста 87,7%, предсказательной ценностью отрицательного теста 83,4%, площадью под кривой (AUC) 0,872. Тест "индекс DV \leq 0,895 – РЩЖ" характеризуется чувствительностью 66,7%, специфичностью 95,1%, предсказательной ценностью положительного теста 94,3%, предсказательной ценностью отрицательного теста 70,0%, AUC – 0,840. Тест "разница DV \leq –0,020 дБ/с – РЩЖ" характеризуется чувствительностью 66,7%, специфичностью 95,1%, предсказательной ценностью положительного теста 94,3%, предсказательной ценностью отрицательного теста 70,0%, AUC – 0,842.

Выводы. Статистически значимые различия между группами злокачественных и доброкачественных образований были выявлены по следующим параметрам: однородность контрастирования, скорость вымывания УКП, Плузел, Рпаренхима, DT/2узел, индекс DT/2, DVузел, индекс DV, разница DV ($P \leq 0,05$). Наиболее информативными показателями в диагностике РЩЖ оказались количественные параметры: индекс DT/2, индекс DV и разница DV.

Возможности УЗИ в мониторинге заживления донорского места после пластики передней крестообразной связки

Серебряк Т.В., Ледеява С.Я., Силина Ю.Б.

ФГБУ "Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта" Минтруда России, г. Санкт-Петербург
ЗАО "МЕДИ", Клиника семейной медицины "МЕДИ на Невском",
г. Санкт-Петербург

ФГБУ "Российский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена" Минздрава России,
г. Санкт-Петербург
serebrjak@yandex.ru

Цель исследования. Оценить возможность УЗ-мониторинга донорского места после формирования трансплантата передней крестообразной связки (ПКС) средней трети связки надколенника (ВТВ) и сухожилия полусухожильной мышцы бедра (СТ).

Материал и методы. Анализировались данные обследования 40 пациентов (ВТВ – 20, СТ – 20) через 1, 3 и 6 мес после артроскопической реконструкции ПКС, оперированных на базе РНИИТО им. Р.Р. Вредена в период 2005–2009 гг. УЗИ проводили на аппарате Siemens линейным датчиком 7,5–10 МГц полипозиционно, в режиме реального времени. Оценивали в 1-й группе структурное состояние донорской связки надколенника и степень закрытия дефекта, во 2-й – наличие или отсутствие регенерата в месте анатомического расположения сухожилия подколенной ямки. Полученные данные сопоставляли с компьютерной томографией коленного сустава (КТ), проведенной на аппарате Hi Speed (General Electric), лучевая нагрузка <0,1 мЗв. Анализ изображений исследовали при ширине окна 500 HU и центре окна 50 HU для мягкотканых структур.

Результаты. В группе ВТВ у всех больных через 1 мес визуализировалось утолщение боковых частей связки надколенника с сохранением дефекта в месте забора трансплантата, который был частично заполнен незрелой рубцовой тканью, что подтверждалось данными КТ. Через 3 мес связка визуализировалась как единое целое, с восстановлением внешнего и внутреннего контура. Дефект представлял собой сформированную рубцовую ткань с признаками

линейной структуры. При поперечном сканировании прослеживалась деформация связки за счет отека и неоднородности эхоструктуры боковых частей связки (у 18% пациентов наблюдался тендинит). При КТ-исследовании отмечалось снижение плотности тканей связки – асимметрия денситометрических показателей донорской связки надколенника с контралатеральной стороной составляла 27%. Через 6 мес по данным УЗИ сохранялась деформация связки, регенерат был представлен участком пониженной эхогенности с четкой линейной структурой коллагеновых волокон. У 3 (15%) пациентов сохранялись дефекты в самом регенерате, что подтверждалось данными КТ. Плотность всей связки по данным КТ была снижена, степень асимметрии составляла 21%.

В группе ST у всех больных через 1 мес после операции визуализировалась ретракция и нарушение перистости рисунка брюшка полусухожильной мышцы. В месте анатомического расположения забранного сухожилия между листками поверхностной и глубокой фасции у 87% пациентов прослеживалась гипозохогенная структура с нечеткими контурами (организующаяся гематома), что подтверждалось данными КТ. Через 3 мес донорское место было представлено регенератом из незрелой рубцовой ткани, достигающим до суставной щели коленного сустава. У 1 больного регенерат частично визуализировался в верхней трети бедра и не доходил до суставной щели, у 2 пациентов он не наблюдался, материнское ложе было представлено неровным, утолщенным гиперэхогенным контуром, что подтверждалось данными КТ. Через 6 мес дефект от мышечной части до уровня суставной щели был заполнен зрелой рубцовой тканью, по структуре напоминающей сухожилие и утолщенной в два раза в сравнении с контралатеральной стороной, у 3 пациентов регенерат не прослеживался. При КТ в динамике визуализировалось диффузное повышение денситометрических показателей плотности образующегося регенерата.

Выводы. Процесс заживления материнского ложа в обеих группах протекает однотипно с замещением дефектов к 6-му месяцу рубцовой тканью с четкой линейной структурой, однако у 15% пациентов в группе ВТВ и у 13% в группе ST полного восстановления не наблюдалось. Сопоставимость результатов с КТ показала возможность УЗИ в мониторинге заживления донорского места после пластики ПКС с целью оптимизации реабилитационного протокола.

Возможности ультразвукового исследования в оценке проходимости вен нижних конечностей после реконструктивно-восстановительных операций на крупных суставах

Сидельникова В.Н.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Красноярск
mihalenko.olga@yandex.ru

Цель исследования. Оценка состояния вен нижних конечностей по данным ультразвукового исследования после реконструктивно-восстановительных операций на крупных суставах.

Материал и методы. Исследование выполнялось на ультразвуковых сканерах Mindray DC-7, Aloka Prosound ALFA7, Sono Seit с линейными датчиками 7,5–10,0 МГц, конвексными датчиками 2,5–5,0 МГц.

За период 2013–2018 гг. обследовано 289 пациентов, в том числе 64 пациента с клиникой острого тромбоза, перенесших в сроки от 1 до 4 нед реконструктивно-восстановительные операции на крупных суставах нижних конечностей. Возраст пациентов – от 38 до 82 лет. Значимых различий по половому признаку не наблюдалось. Всем пациентам назначалась стандартная схема профилактики тромбоэмболических осложнений.

Результаты. В послеоперационном периоде при дуплексном ультразвуковом исследовании острый тромбоз глубоких вен был выявлен у 32 пациентов (14%), из них: мужчины – 11 (34%), женщины – 21 (66%).

По локализации тромбозы подвздошно-бедренного сегмента – у 2 пациентов (0,7%), бедренно-подколенного сегмента – 2 (0,7%), подколенно-берцового – 3 (1%), вен голени – 23 (8%), подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегмента – 2 (0,7%).

Чаще имели место тромбозы, полностью окклюзирующие просвет сосуда, – 23 (71,8%), пристеночные тромбозы – 8 (22%). Флотирующие тромбы выявлены в 2 случаях (6,3%). При флотирующем тромбозе применялось хирургическое вмешательство. Зарегистрирован 1 случай тромбоза легочной артерии (0,3%).

У пациентов с клиникой острого тромбоза диагноз подтвердился при дуплексном ультразвуковом исследовании в 30 случаях (47%). У двух пациентов клиника тромбоза отсутствовала и диагноз был установлен после ультразвукового исследования.

Другими причинами клинической симптоматики была лимфовенозная недостаточность на фоне посттромбофлебической болезни – 12 случаев (4%), варикозная трансформация поверхностных вен с признаками клапанной недостаточности – 13 (4,5%), межмышечные гематомы – 9 (3,1%), кисты Бейкера больших размеров – 7 (2,4%), признаки инфильтративных изменений мягких тканей воспалительного характера – 5 (1,7%).

Выводы. Ультразвуковое исследование является ведущим методом оценки состояния вен нижних конечностей после реконструктивно-восстановительных операций на крупных суставах. Позволяет быстро и достоверно решать задачи дифференциальной диагностики, определять локализацию, протяженность, флотацию тромбов, своевременно назначать адекватное лечение.

Сравнительный анализ зависимостей индексов 3D-ангиографии программы VOCAL и импульсно-волнового доплера в рутинных исследованиях

Ситарская М.В., Абитова А.И., Юпатов Е.Ю.

Клиника «Мать и дитя Казань», г. Казань
sitara_07@mail.ru

Цель исследования. Получить данные объемного кровотока матки и эндометрия в период «окна имплантации», стандартизируя параметры настроек ультразвукового прибора Voluson E10, и сравнить их с данными импульсно-волнового доплера данной выборки.

Материал и методы. Обследованы 32 женщины с 19-го по 23-й день менструального цикла с различными фертильностью и паритетом. Произведено измерение толщины и объема эндометрия, индексов резистивности кровотока в базальных (RI БА) и спиральных (RI СА) артериях и расчет

индексов объемного кровотока матки и эндометрия с помощью программы VOCAL: индекса васкуляризации VI, индекса потока FI и васкуляризационно-поточкового индекса VFI. Проведен корреляционный анализ зависимостей индексов между собой и с количественными значениями эндометрия как в общей выборке, так и в группах, разделенных по условно-нормативным показателям (разработанным по другим ультразвуковым приборам). Для выявления зависимостей был использован корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Пирсона с дальнейшей его оценкой по шкале Чеддока.

Результаты. Полученные данные в общей выборке не имеют каких-либо значимых закономерностей в целом, кроме того, что потоковый индекс FI матки и VFI матки заметно прямо пропорциональны значениям RI БА ($r = 0,55$ и $r = 0,5$), что может являться критерием адекватности проведенных исследований. При выделении групп с условно-нормативными значениями по RI БА, RI СА и VI появляются очевидные корреляционные связи. VI эндометрия находится в умеренной отрицательной корреляции именно с RI БА ($r = -0,45$). То есть хорошая васкуляризация эндометрия сопровождается низкими значениями IR БА, что подтверждается литературными данными. И отсутствует какая-либо корреляция VI эндометрия с RI СА ($r = 0,05$). Это предполагает, что резистивность спиральных артерий не может считаться абсолютно значимой в оценке эндометрия (при гипотезе, что рецептивность эндометрия находится в прямой зависимости от качества его васкуляризации). Кроме того, в группе с отсутствием визуализации спиральных артерий объем эндометрия заметно обратно пропорционален резистивности именно базальных артерий RI БА ($r = -0,59$). Однако в группах с наличием визуализации спиральных артерий значимых корреляций объема эндометрия с резистивностью спиральных артерий не обнаружено. Не обнаружено также каких-либо значимых корреляций индекса резистивности спиральных артерий RI СА ни с показателями объемного кровотока, ни с показателями импульсно-волнового доплера, ни с объемом или толщиной эндометрия во всех группах. Что касается зависимостей индекса васкуляризации VI эндометрия от объема и толщины эндометрия, то их умеренная прямая корреляционная зависимость присутствует только в группе с условно-нормативными значениями VI ($r = 0,44$), а в общей выборке данная корреляция не обнаруживается. VI эндометрия имеет высокую корреляционную связь с VI матки во всех группах, но более выражена в группе с отсутствием визуализации спиральных артерий ($r = 0,80$) и особенно с VFI ($r = 0,82$) матки. То есть васкуляризация эндометрия прямо пропорциональна перфузии матки.

Выводы. Индексы 3D-ангиографии VOCAL имеют определенные закономерности и могут быть использованы в комплексе с показателями импульсно-волнового доплера для оценки состояния эндометрия в рутинных исследованиях. Индекс васкуляризации эндометрия VI диагностически более информативен, чем RI СА. Оптимальным для прибора Voluson E 10 является методика получения объема в сагиттальном сечении матки с углом 120° , PRF 0,3–0,6 кГц, углом трассировки 9° .

Методика получения материала для морфологического исследования с целью оценки состояния парастерального лимфатического коллектора

Сниткин В.М., Шолохов В.Н., Валиев Р.К.,
Петровский А.В., Тригослов А.В., Кондратьева Т.Т.,
Бердников С.Н., Махотина М.С.

ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России,
г. Москва

snitkinvm@yandex.ru

Цель исследования. Оценить возможность проведения тонкоигольной аспирационной биопсии парастеральных лимфатических узлов у больных раком молочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 105 женщин с морфологически верифицированным диагнозом "рак молочной железы". Возраст больных составил от 29 до 84 лет. В исследование были включены первичные пациентки перед проведением лечения, с локализацией опухоли в центральных и медиальных отделах молочной железы. После проведения ультразвукового исследования парастеральных областей и выявления подозрительных на метастатическое поражение лимфатических узлов выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия под ультразвуковым контролем.

Результаты. Парастеральные лимфатические узлы визуализированы у 35 пациенток (33,3%). Всего выявлено 43 лимфатических узла. Лимфатические узлы у 6 пациенток (17%) определялись в двух и более межреберьях. Распределение по межреберьям составило: в первом – 17 лимфатических узлов, во втором – 14, в третьем – 10, в четвертом – 2 лимфатических узла. Средний поперечный размер выявленных лимфатических узлов составил 4,6 мм, средний продольный размер – 9,8 мм. В 54% случаев выявленные лимфатические узлы имели плоскую форму, в 46% наблюдений – округлую форму. Из 30 лимфатических узлов, подозрительных на метастатическое поражение (округлая форма, неравномерно утолщенный ободок, жесткий при эластографии), произведена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ) под ультразвуковым контролем, по результатам которой в 17 (57%) случаях получена лимфоидная ткань, в 2 (7%) случаях материал не получен, в 11 (36%) случаях результат соответствовал метастатическому поражению лимфатического узла. Во всех 11 случаях специфического поражения лимфатические узлы имели округлую форму, анатомические зоны в них не дифференцировались, при проведении эластографии лимфатические узлы с метастатическим поражением имели жесткую консистенцию. После проведения ТИАБ осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Учитывая полученные данные, можно сделать вывод о том, что при использовании ультразвуковой навигации возможно безопасное проведение тонкоигольной аспирационной биопсии лимфатических узлов парастерального лимфатического коллектора с последующей морфологической оценкой полученного материала.

Возможности ультразвуковой диагностики в оценке состояния парастеральных лимфатических узлов у больных раком молочной железы

Сниткин В.М., Шолохов В.Н., Махотина М.С.,
Бердников С.Н., Карпова М.С., Валиев Р.К.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
г. Москва

snitkinvm@yandex.ru

Цель исследования. Улучшение диагностики метастатического поражения парастеральных лимфатических узлов у больных раком молочной железы.

Материал и методы. В исследование включено 148 женщин с морфологически верифицированным диагнозом «рак молочной железы». Возраст больных от 25 до 88 лет. В исследование были включены как первичные пациентки с локализацией опухоли в центральных и медиальных отделах молочных желез, так и пациентки после ранее проведенного лечения. При проведении ультразвукового исследования оценивались размер, форма, структура выявленных парастеральных лимфатических узлов, эластография сдвиговой волной и точечная эластометрия сдвиговой волной. При подозрении на специфическое поражение произведена тонкоигольная аспирационная биопсия.

Результаты. Парастеральные лимфатические узлы визуализированы у 44 (30%) пациенток. Всего выявлено 53 лимфатических узла. У 9 пациенток (17%) лимфатические узлы определялись в двух и более межреберьях. Распределение по межреберьям составило: в I – 20 лимфатических узлов, во II – 16 лимфатических узлов, в III – 13 лимфатических узлов, в IV – 4 лимфатических узла. Средний поперечный размер выявленных лимфатических узлов составил 4,3 мм, продольный – 9,6 мм. В 51% выявленные лимфатические узлы имели плоскую форму, четкие, ровные контуры, дифференцировка анатомических зон была сохранена. В 49% наблюдений лимфатические узлы имели сниженную эхогенность, округлую форму, анатомические зоны в них не дифференцировались. При проведении эластографии плоские лимфатические узлы имели мягкую консистенцию, округлые лимфатические узлы имели жесткую консистенцию. При проведении точечной эластометрии сдвиговой волной диапазон скоростей распространения сдвиговой волны (СРСВ) в ткани неизмененного лимфатического узла составил от 0,89 до 4,78 м/с и не имел достоверных отличий от СРСВ в окружающих тканях. В 37 случаях при подозрении на метастатическое поражение лимфатического узла по ультразвуковой картине выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ), по результатам которой в 20 случаях получена лимфоидная ткань, у 2 пациенток материал не получен, в 15 случаях результат соответствовал метастатическому поражению лимфатического узла. Во всех 15 случаях специфического поражения лимфатические узлы имели округлую форму, анатомические зоны в них не дифференцировались, при проведении эластографии и эластометрии сдвиговой волной лимфатические узлы со специфическим поражением имели жесткую консистенцию. После проведения ТИАБ осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Ультразвуковое исследование может применяться в оценке состояния лимфатических узлов парастерального коллектора с целью более точного стадирования заболевания в сочетании с ТИАБ. УЗ-навигация позволяет

безопасно выполнить ТИАБ лимфатического узла. Эластография и эластометрия парастеральных лимфатических узлов сдвиговой волной может применяться как дополнительный метод исследования у этой категории пациентов.

Методика ультразвуковой эластографии сдвиговой волной ткани печени при гепатитах

Соколов С.А., Родина Н.И., Асаинов И.Х.,
Косых В.В., Подворчан А.С.

Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России,
г. Северск

asainchik1963@mail.ru

Цель исследования. Определить целесообразность и особенности проведения ультразвуковой эластографии структуры печени сдвиговой волной для оценки степени выраженности фиброза печени.

Материал и методы. В 2015–2018 гг. на аппарате Philips iU22 было проведено 106 ультразвуковых исследований пациентов после перенесенного гепатита. При эластографии оценка проводилась в В-режиме через межреберные промежутки с 5-го по 8-й. Маркер для измерения показателей жесткости печени ставился на глубину больше 1 см (1–2 см) вне сосудов, желчных протоков и желчного пузыря. Датчик устанавливали перпендикулярно поверхности печени. Показания производили на правой доле печени (левую долю не использовали, так как передаточная пульсация сердца вносит помехи в измерения), по количеству не менее 10 измерений на задержанном (между вдохом и выдохом) дыхании. Считали медиану из 10 измерений, по оставшимся измерениям рассчитывали среднее арифметическое значение показателя жесткости.

Результаты. Оценивали полученные показатели жесткости печени по шкале METAVIR от 0 до 4 степени выраженности фиброза. Показатели в случае F0 меньше 6,0 кПА; F1 \geq 6,0–6,42 кПА; F2 \geq 6,43 кПА; F3 \geq 6,54 кПА; F4 \geq 11,3 кПА. Данные значения достоверны только для ультразвуковых аппаратов фирмы Philips. Нами получены следующие значения степени фиброза печени у обследованных 106 пациентов: F0 у 78 пациентов (73,58%), F1 у 11 (10,38%), F2 у 3 (2,84%), F3 у 7 (6,6%), F4 у 7 (6,6%). Сверить полученные значения с результатами биопсии ткани печени не представляется возможным ввиду очень малого количества сравнительного материала (результаты биопсии единичные). Пациентам проведена транзиентная эластография печени на аппарате FibroScan 502 французской фирмы Echosens. Данные транзиентной эластографии подтвердили результаты УЗИ.

Выводы. Полученные результаты значений жесткости ткани печени по ультразвуковой эластографии печени сдвиговой волной определяют лечебную тактику ведения конкретного больного, перенесшего гепатит, и являются существенным дополнительным (может, даже и предварительным) показателем при достоверной комплексной оценке степени выраженности фиброза печени.

Эхокардиографическая оценка непосредственных и отдаленных результатов транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI)**Сорока Н.В., Абрамян В.В., Федорченко А.Н., Майнгарт С.В., Шелестова И.А.**ГБУЗ "НИИ – ККБ №1 им. Очаповского", г. Краснодар
bramian-victoria@yandex.ru

Цель исследования. Цель – оценка непосредственных и отдаленных результатов транскатетерного протезирования аортального клапана (TAVI) с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материал и методы. С 2010 по 2018 г. было выполнено 38 операций TAVI (протезы: Edwards-Sapient, CoreValve, Lotus и Acurat neo): из них 34 трансфеморальным, 4 транс-апикальным доступом. Отбирались больные с критическим стенозом, с выраженным кальцинозом кольца и створок, гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), НК III ФК по NYHA, с высоким риском традиционного хирургического вмешательства (по EuroSCORE > 20%, STS > 10%). Возраст от 61 до 88 лет ($76 \pm 6,4$): 17 мужчин, 21 женщин. Максимальный градиент систолического давления на аортальном клапане (АК) Δr_{max} до операции от 59 до 209 мм рт.ст. ($111 \pm 29,4$), средний (Δr_{mean}) от 31 до 119 мм рт.ст. ($61 \pm 17,7$). Регургитация на АК от + до +++/+++.

Результаты. В 36 случаях хороший непосредственный результат TAVI (94,7%). У 2 пациентов летальные исходы: у одного в результате повреждения левого желудочка, вероятно, проводником развился гемоперикард с тампонадой сердца, падение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), стернотомия, клиническая смерть. Во втором случае на 9-е сутки после операции летальный исход в результате развития контраст-индуцированной острой почечной недостаточности. В группе с хорошими результатами наблюдалось уменьшение максимального и среднего градиентов давления на биопротезе АК: Δr_{max} 11–49 мм рт.ст. ($24 \pm 11,1$), Δr_{mean} 5–25 мм рт.ст. ($13,6 \pm 6$), уменьшение симптомов сердечной недостаточности и легочной гипертензии. ФВ ЛЖ не снизилась. У 26 человек клапанная и/или парапротезная регургитация (не более ++). В 2 случаях небольшой гемоперикард, не приводящий к нарушению деятельности сердца. У 12 человек проведен анализ отдаленных результатов (от 1 до 8 лет). У 1 пациента снижение Δr_{max} с 49 до 32 и Δr_{mean} с 25 до 14 мм рт.ст., у 2 – увеличение Δr_{max} до 36 и 48 мм рт.ст., Δr_{mean} до 20 мм рт.ст. В 3 случаях появление или увеличение регургитации, у 1 больного исчезновение регургитации через год. В 1 случае на ЭхоКГ через 8 лет выявлены признаки протезного эндокардита, успешно проведено репротезирование биопротезом.

Выводы. Таким образом, TAVI является эффективным методом лечения выраженного аортального стеноза у пациентов с высоким хирургическим риском, а эхокардиография – важным методом диагностики для оценки непосредственных и отдаленных результатов транскатетерного протезирования аортального клапана.

Ультразвуковое исследование слюнных желез у больных с синдромом Шегрена при системной склеродермии**Столярова Е.Н., Николенко М.Г., Артемова Н.Э.**ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая больница", г. Оренбург
ФГБУ "Оренбургский государственный медицинский университет"
Минздрава России, г. Оренбург
stolyarovasound@mail.ru

Цель исследования. Оценить ультразвуковые изменения в слюнных железах у пациентов с синдромом Шегрена при системной склеродермии и выявить связь между клиническими проявлениями и длительностью заболевания.

Материал и методы. УЗИ проводились в условиях ГБУЗ "ООКБ" в период с января по май 2019 г. Обследовано 11 пациентов с системной склеродермией. Были проведены полный клинический осмотр, пальпация слюнных желез и регионарных лимфатических узлов, стоматологический осмотр ротовой полости, определение нестимулированной (пациент в течение 15 мин собирает слюну в контейнер для биоматериала) и стимулированной (сбор слюны в течение 5 мин в контейнер для биоматериала после приема аскорбиновой кислоты) сиалометрии. УЗИ проводилось на аппарате ESAOTE MY LAB SEVEN с использованием линейного датчика 6–13 МГц в В-режиме, режиме ЦДК, с применением компрессионной эластографии. При эхографии оценивались размеры желез, эхоструктура, эхогенность, сосудистый рисунок при ЦДК, состояние регионарных лимфатических узлов.

Результаты. Подавляющее большинство пациентов составили женщины – 81% (9 человек). Средний возраст обследованных составил $43,6 \pm 11,9$ лет. Давность системной склеродермии – $8,2 \pm 8,0$ лет, преобладало острое (45%, 5 пациентов) и подострое (45%, 5 пациентов) течение болезни. Ксеростомия выявлена у 81% (9 человек) обследованных с длительностью болезни $2,5 \pm 1,9$ лет. Объем нестимулированной слюны в этой группе составил $0,23 \pm 0,09$ мл, а стимулированной – $0,3 \pm 0,08$ мл. У пациентов без ксеростомии эти показатели составили 2,5 и 2,3 мл соответственно. У 50% обследованных с ксеростомией выявлено сочетание с ксерофтальмией (синдром "сухого" глаза) – как вариант более выраженного проявления синдрома Шегрена. Дисфагия выявлена в 100% случаев. При осмотре ротовой полости у 81% (9 пациентов) отмечалась гиперемия слизистой. При ультразвуковом исследовании поднижнечелюстных и околоушных слюнных желез изменения выявлены в 100% в группе. У 50% пациентов были выявлены увеличения в размерах желез. Железы имели характерные изменения паренхимы за счет возникновения множества гипо- и анэхогенных участков овальной формы на фоне сниженной эхогенности паренхимы и гиперэхогенных тяжей. При ЦДК кровотоков в тканях желез был неравномерно повышен. Близко расположенные лимфатические узлы слегка увеличены без нарушения дифференцировки на слои. При проведении компрессионной эластографии в 100% случаев наблюдалось сине-красное окрашивание, что соответствует средней жесткости тканей.

Выводы. Выявленные изменения слюнных желез появились через несколько лет после дебюта заболевания системной склеродермией. Синдром Шегрена начинался с ксеростомии. У всех пациентов отмечались низкие показатели сиалометрии и ультразвуковая картина в виде диффузных изменений слюнных желез.

Возможности ультразвукового исследования в диагностике острой хирургической патологии у пациентов регионального сосудистого центра

Столярова Е.Н., Ерова А.Н.

ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая больница", г. Оренбург
stolyarovasound@mail.ru

Цель исследования. Оценить возможности и необходимость ультразвукового исследования в диагностике острой хирургической патологии у пациентов регионального сосудистого центра.

Материал и методы. На протяжении периода с 2016 по 2018 г. в условиях ГБУЗ ООКБ анализу подвергнуты пациенты с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. В 2016 г. обследованы 598 пациентов, в 2017 г. – 721 пациент, в 2018 г. – 438 пациентов. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Toshiba SSA – 640A (Viamo) с использованием конвексного мультислотного датчика 1,9–6,0 МГц. Всем пациентам было проведено исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства с доплерографией. При эхографии оценивались размеры, структура, эхогенность, сосудистый рисунок, наличие или отсутствие свободной жидкости.

Результаты. Острая хирургическая патология была диагностирована в 4,6% случаев (80 пациентов) от общего числа (1757) исследуемых пациентов в региональном сосудистом центре. У 25 пациентов (1,4%) диагностирован острый холецистит (калькулезный и бескаменный); у 7 пациентов (0,4%) – острый панкреатит; у 3 (0,2%) пациентов – острая кишечная непроходимость; у 15 (0,85%) пациентов – перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; у 7 пациентов (0,4%) – острые желудочно-кишечные кровотечения; у 7 пациентов (0,4%) – мезентериальный тромбоз; у 11 пациентов (0,6%) – расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты; у 5 пациентов (0,3%) – ущемленные грыжи. Наибольшее количество случаев острой хирургической патологии было выявлено в возрастной группе 62–86 лет, хотя единичные случаи встречались и в более молодом возрасте. Верификация острой хирургической патологии проводилась по результатам ЭГДС, КТ, МРТ, выполненных оперативных вмешательств и патологоанатомических вскрытий.

Выводы. Ультразвуковое исследование пациентов в условиях регионального сосудистого центра – это необходимый метод диагностики острой хирургической патологии, особенно у пациентов пожилого возраста со стертой клинической картиной, полинозологической патологией, ишемической болезнью. Данный метод позволяет проводить многократный неинвазивный мониторинг острой хирургической патологии на фоне проводимого лечения.

Диссекция аорты – вызов для врача ультразвуковой диагностики

Стомпель Д.Р., Калмыкова О.В., Анашкина Ю.Ю.,
Архипова И.А., Герасименко С.М., Сурикова О.Н.

ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии"
Минздрава России, г. Астрахань
dinasto71@mail.ru

Цель исследования. Оценить возможности и определить место ультразвуковой диагностики в выявлении диссекции аорты и других проявлений аортального синдрома.

Материал и методы. За период с 2009 по 2018 г. в ФГБУ "ФЦССХ МР г. Астрахани" наблюдались 120 пациентов с проблемами целостности аорты. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Phillips iE33 с использованием датчиков: секторного S5, конвексного C8-5, линейного L9 и чреспищеводного датчика X7-2t.

Результаты. Проведен анализ историй болезни 120 пациентов (97 мужчин, 23 женщины) в возрасте от 17 до 72 лет, средний возраст составил 51,8 лет. Интрамуральная гематома диагностирована у 3 пациентов, пенетрирующая язва – у 1 пациента, классическое расслоение аорты – у 116 пациентов, из них 30 пациентов имели поражение типа Stanford B: 27 – расслоение дистальнее устья левой подключичной артерии, 3 – поражении торакоабдоминального отдела аорты; 86 пациентов – расслоение типа Stanford A: поражение от синусов Вальсальвы – 40, от восходящей аорты – 25 и 1 ранее оперированный пациент с синтетическим протезом восходящей аорты, от дистального анастомоза которого начиналось расслоение.

При выполнении трансторакальной эхокардиографии (ТТЕ) патология была верифицирована в 77 случаях (64,1%). Диагноз не установлен в 34 случаях, из которых 23 – поражение типа Stanford B. При дополнении чреспищеводным эхокардиографическим исследованием (ТТЕ) и ультразвуковым исследованием брюшной аорты выявляемость составила 89,9%. Диагноз подтвержден данными МСКТ и интраоперационно.

Анализ факторов риска показал следующее: АГ 3-й степени выявлена у 103 пациентов (85,8%), синдром Марфана – у 9 (7,5%), двусторчатый АК с нарушением его функции – 7 (5,8%), неспецифический аортоартериит – 1 пациент, 2 – lues, причем у пациентов имелось сочетание нескольких факторов риска.

При поражении типа Stanford A отмечалась аортальная регургитация (АР) 2–3-й степени (значимая), средний размер мах расширения для с. Вальсальвы 5 см, для восходящей аорты 5,68 см. При поражении типа Stanford B АР отсутствует или 1-й степени. Средний размер мах расширения аорты в этой группе 4,15 см.

Всего проведено 191 оперативное вмешательство: Бентал де Боно – 24, операция David – 35, супракоронарное протезирование восходящей аорты – 25, протезирование дуги аорты – 44, эндопротезирование грудной аорты – 56, наложение сонно-подключичного анастомоза – 8, эндопротезирование брюшной аорты – 1, протезирование брюшной аорты – 3.

В 67 случаях проведено более одного этапа хирургического лечения (от 2 до 5), преимущественно 2–3 этапа. Пять пациентов не были прооперированы по тем или иным причинам.

В данной когорте пациентов отмечено 8 случаев летальности (9,1%), из них периоперационной – 7 (5,8%).

Выводы. Эхокардиография – инструмент первой линии при подозрении на диссекцию аорты. Комплексное ультразвуковое исследование увеличивает процент успешности методики. Своевременная диагностика и соответствующее хирургическое лечение пациентов с данной патологией позволяют существенно увеличить процент выживаемости.

Вариабельность результатов ультразвуковой эластографии печени сдвиговой волной при многократных измерениях

Сычев О.Ю., Данилова О.И., Михайлова Н.А.,
Вергасова Е.В., Пиманов С.И.

УО "Витебский государственный медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ "Витебский областной диагностический центр" г. Витебск,
Республика Беларусь

ООО "ЛОДЭ", г. Минск, Республика Беларусь

pimanovs@tut.by

Цель исследования. Оценить воспроизводимость и вариабельность нескольких серий измерений модуля Юнга печени с использованием ультразвуковой двумерной эластографии сдвиговой волной у больных хроническим гепатитом С.

Материал и методы. Обследован 61 пациент (22–60 лет) с хроническим гепатитом С, фиброз соответствовал F1–F3 по шкале METAVIR. Двумерная эластография печени сдвиговой волной осуществлялась аппаратом Logiq E9 (GE Healthcare, США) по общепринятой методике, с определением медианы модуля Юнга в кПа. Каждая серия включала 10–12 измерений, 4 серии (I–IV), которые повторялись с интервалом 5 мин. В первой группе обследуемых (n = 38) исследования осуществлялись при положении пациента на спине, во второй (n = 23) – сначала на спине, а затем на левом боку. Воспроизводимость результатов оценивалась методом Бленда–Альтмана и показателем каппа. Сравнение групповых вариантов выполнялось методом Манна–Уитни.

Результаты. В первой группе значение каппа между I и II, I и III, I и IV, II и III, II и IV, III и IV сериями измерений соответственно составило 0,711; 0,693; 0,697; 0,794; 0,716 и 0,731, что соответствует хорошей силе согласия. Абсолютное значение отклонений медианы модуля Юнга одного и того же пациента находилось, как правило, в пределах 0,3–1 кПа, крайние значения соответствовали 0,0 кПа и 2,1 кПа. По методу Бленда–Альтмана стандартное отклонение разности в соответствии с ранее указанными парами серий измерений составило 0,842, 0,901, 0,824, 0,562, 0,551 и 0,453. Во второй группе значение каппа соответственно равнялось 0,397, 0,482, 0,514, 0,696, 0,525 и 0,545, что соответствует преимущественно средней силе согласия. По методу Бленда–Альтмана стандартное отклонение разности во второй группе составило 1,795, 1,675, 1,139, 0,946, 1,124 и 1,149. Статистически значимые различия между значениями разных серий по Манну–Уитни отсутствовали между любыми парами измерений (P > 0,1), хотя сразу после поворота среднее значение модуля Юнга увеличилось на 1,4 кПа. При перемене положения тела (поворот со спины на левый бок) и проведении немедленного измерения после поворота с учетом формальной оценки в соответствии с используемыми граничными фиксированными

значениями пределов степеней фиброза наблюдалась следующая динамика. Возмущающее позиционное положение привело к динамике модуля Юнга, соответствующей "изменению" стадии фиброза с F0 на F1, у 6 человек, с F1 на F2 – 1, с F1 на F3 – 1, с F1 на F0 – 1, с F3 на F1 – 1, с F3 на F2 – у 1 пациента.

Выводы. Повторные серийные измерения модуля Юнга при использовании двумерной эластографии печени сдвиговой волной при положении пациента на спине показали хорошие результаты воспроизводимости, однако возмущающее воздействие поворота обследуемого на левый бок может привести в ряде случаев к изменению результатов исследования.

Ультразвуковая оценка патологических процессов эндометрия в условиях поликлиники

Талипова М.А., Каримов А.Х.

Shox Med Center, г. Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика
Узбекистан

doctortalipovaz@gmail.com

Цель исследования. Изучить по данным ультразвукового исследования частоту встречаемости патологии эндометрия в условиях поликлиники.

Материал и методы. За период 2017–2018 гг. произведено ультразвуковое исследование 220 женщинам репродуктивного возраста амбулаторно в Shox Med Center. Исследование проводилось на ультразвуковом диагностическом приборе Esaote MyLab Six абдоминальным и трансвагинальным доступом с частотой датчиков 3,5 и 7,5 МГц. Средний возраст женщин колебался от 19 до 42 лет. Основные методы исследования включали: 1) сбор анамнеза; 2) общий и гинекологический осмотр; 3) комплексное (трансабдоминальное и трансвагинальное) эхографическое исследование.

Результаты. В условиях поликлиники наиболее часто встречающимися патологиями эндометрия являются эндометриоз, гиперплазия, полип и гипоплазия. В структуре гинекологической заболеваемости патологией эндометрия аденомиоз занимает ведущее место и встречается у 51,5% женщин репродуктивного возраста. В 15,4% случаев полип встречался среди патологии эндометрия. Чаще всего – в 62,5% случаев – полипы располагались в дне полости матки и в 18,5% случаев – рядом с устьями маточных труб. Минимальный размер, диагностируемый при эхографии, составил 3–5 мм в диаметре. В 12,5% случаев встречались полипы больших размеров, заполнявшие всю полость матки. Однако в среднем их диаметр составляет 10–11 мм. В некоторых случаях обнаруживали несколько полипов (полипоз) в полости матки различных размеров, в диаметре от 3 до 5 мм. Толщина эндометрия с выявленными полипами у женщин репродуктивного возраста в пролиферативную фазу цикла в среднем составляла 10,5 ± 2,4 мм, а в секреторную – 15,6 ± 2,8 мм. Нами установлено, что небольшие по размерам железистые полипы (6 мм и менее) встречались в 33,5%, в то время как фиброзные таких же размеров – в 12,5%. Наиболее точно нам удалось диагностировать фиброзные или петрифицированные полипы (в 12,5% случаев) как внутриматочные образования высокой эхогенности, за которыми возникает эффект ослабления ультразвукового сигнала вплоть до образования аку-

стической тени. Одним из основных достоверных ультразвуковых признаков полипа является обнаружение образования правильной, округло-овальной формы в проекции М-эха. Форма полипа зависит от его размеров: округлая форма характерна для полипов меньших размеров, овоидная – для больших размеров. Гиперплазия эндометрия установлена у 23,0% женщин репродуктивного возраста. Чаще эта патология сочеталась с аденомиозом и персистирующей фолликулярной кистой. Ультразвуковыми признаками гиперплазии эндометрия являются: повышение эхогенности эндометрия в пролиферативную фазу цикла; неоднородная структура эндометрия, мелкие ан- или гипоэхогенные включения; утолщение эндометрия; прерывистый наружный контур М-эха. Гипоплазия эндометрия диагностирована в 10,0% случаев, которая сочеталась с синдромом поликистозных яичников.

Выводы. Ультразвуковое исследование в оценке патологии эндометрия в условиях поликлиники является информативным, неинвазивным методом исследования. В последние годы программа модернизации здравоохранения в амбулаторном звене, включающая применение высокотехнологичного оборудования и ультрасовременных методов диагностики, способствует снижению осложнений при заболеваниях органов репродуктивной системы.

Предикторы острых церебральных эмболических повреждений при стентировании сонной артерии

Танашян М.М., Медведев Р.Б., Гемджян Э.Г., Скрылев С.И., Кротенкова М.В., Щипакин В.Л., Кошечев А.Ю.

ФГБНУ "Научный центр неврологии" Минздрава России, г. Москва
medvedev-roman@yandex.ru

Цель исследования. Выявление предикторов острых эмболических повреждений (ОЭП) сосудов головного мозга при ангиопластике со стентированием внутренней сонной артерии (ВСА).

Материал и методы. В исследовании приняло участие 54 пациента, которым за период с мая 2015 г. по декабрь 2018 г. в отделении сосудистой и эндоваскулярной хирургии Научного центра неврологии была проведена каротидная ангиопластика со стентированием. С целью обнаружения интраоперационных ОЭП сосудов головного мозга всем пациентам до и через 24 ч после вмешательства проводилась диффузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография (ДВ-МРТ). Для 36 пациентов использовались классические каротидные стенты (Хаст и Acculink), для 18 – стенты Casper. Пациенты соответствующих групп были сопоставимы по 24 исследованным характеристикам, включая частоту интраоперационных церебральных ОЭП (18/36 при классических стентах и 10/18 при стенте Casper).

Результаты. Все ОЭП, детектированные по ДВ-МРТ (до стентирования и через сутки после него), были клинически асимптомными (периоперационных инсультов не было). Для обнаружения предикторов интраоперационных ОЭП сосудов головного мозга были проанализированы 22 характеристики пациентов, в результате чего были выявлены следующие признаки: низкоинтенсивный (менее 20 дБ) ультразвуковой сигнал, отраженный от фрагментов атеросклеротической бляшки (при УЗ-обследовании до стентирования) ($P = 0,001$); признак ассоциирован с ОЭП сильно (чувствительность – 75%, специфичность – 92%); симптомный стеноз (по анамнестическим данным)

($P = 0,02$); признак ассоциирован с ОЭП значительно; женский пол ($P = 0,06$); признак ассоциирован с ОЭП умеренно; ранее были (по анамнестическим данным) операции на коронарных и/или сонных артериях ($P = 0,09$); признак ассоциирован с ОЭП слабо.

Выводы. На основании полученных результатов предложена прогностическая шкала для оценки риска ОЭП сосудов головного мозга в процессе стентирования ВСА. Знание факторов, ассоциированных с интраоперационными ОЭП, позволит эндоваскулярному хирургу выделить пациентов с повышенным риском ОЭП.

Экскурсия трикуспидального и митрального колец у доношенных и недоношенных новорожденных

Тарасова А.А., Митина Ю.Ю., Вайнштейн Н.П., Британишская Е.А.

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного последилового образования" Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского" Департамента здравоохранения г. Москвы
tarasova-aa@yandex.ru

Цель исследования. Изучить показатели экскурсии трикуспидального (TAPSE) и митрального колец (MAPSE) у доношенных и недоношенных новорожденных.

Материал и методы. Обследовано 48 новорожденных в возрасте 6–23 дней жизни в стадии разрешения внутриутробной пневмонии, среди которых было 25 доношенных со сроком гестации 38–41 нед и 23 недоношенных со сроком гестации 34–36 нед. Ультразвуковое исследование сердца проводилось на аппарате Toshiba Applio (Япония) по стандартной методике с измерением традиционных показателей систолической функции левого желудочка – фракции изгнания (ФИ) и укорочения (ФУ) и дополнительных показателей систолической функции правого (TAPSE) и левого желудочка (MAPSE).

Результаты. Показатели ФИ и ФУ левого желудочка у обследованных новорожденных колебались в пределах нормативных значений и составляли у доношенных – ФИ = 66,7–80,7% ($M \pm \sigma = 71,9 \pm 4,6\%$) и ФУ = 33,5–47,1% ($39,7 \pm 3,9\%$); у недоношенных – ФИ = 65,4–80,4% ($69,9 \pm 4,9\%$) и ФУ = 32,7–45,9% ($36,7 \pm 4,4\%$), что в целом свидетельствовало об отсутствии нарушений систолической функции левого желудочка. Значения TAPSE и MAPSE у доношенных новорожденных составляли соответственно 8–14 мм ($10,6 \pm 1,6$ мм) и 5,2–8,4 мм ($6,63 \pm 1,07$ мм), у недоношенных – 7–12,1 мм ($10,2 \pm 1,7$ мм) и 5,4–8,5 мм ($6,9 \pm 1,1$ мм). Статистически значимых отличий ($P \leq 0,05$) между изученными показателями систолической функции желудочков сердца у доношенных и недоношенных новорожденных получено не было.

Выводы. У доношенных и недоношенных новорожденных показатели экскурсии трикуспидального и митрального колец не имеют статистически значимых отличий в зависимости от срока гестации и могут быть использованы в качестве дополнительных критериев оценки систолической функции желудочков сердца.

Показатели деформации миокарда левого желудочка у здоровых детей и подростков

Тарасова А.А., Черных Н.Ю., Грознова О.С., Шигабеев И.М.

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования" Минздрава России, г. Москва
ОСП "Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева" ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва
tarasova-aa@yandex.ru

Цель исследования. Провести оценку показателей деформации миокарда левого желудочка у здоровых детей и подростков.

Материал и методы. 67 здоровым детям и подросткам было проведено эхокардиографическое исследование на аппарате Toshiba Artida (Япония). В 1-ю группу вошли 30 детей от 7 до 11 лет, во 2-ю группу – 37 подростков от 12 до 17 лет. В режиме 2D speckle-tracking определялись глобальные продольная, циркулярная и радиальная деформации миокарда левого желудочка и их скорости.

Результаты. В 1-й группе значения продольной деформации миокарда левого желудочка колебались от $-19,7$ до $-26,5\%$ ($M \pm \sigma = -20,7 \pm 2,2\%$); радиальной – от 22 до 34% ($33,9 \pm 5,6\%$); циркулярной – от $-21,3$ до $-32,8\%$ ($-30,4 \pm 2,4\%$). Во 2-й группе продольная деформация составляла от $-19,4$ до $-29,4\%$ ($-23,7 \pm 2,7\%$); радиальная – от $20,4$ до $42,2\%$ ($36,1 \pm 11\%$); циркулярная – от $-20,4$ до $-39,1\%$ ($-30,9 \pm 7,2\%$). Скорость продольной деформации в 1-й группе была в пределах от $-0,69$ до $-0,73 \text{ с}^{-1}$ ($-0,71 \pm 0,14 \text{ с}^{-1}$); радиальной – от $1,08$ до $2,24 \text{ с}^{-1}$ ($2,18 \pm 0,12 \text{ с}^{-1}$); циркулярной – от $-0,74$ до $-1,81 \text{ с}^{-1}$ ($-1,4 \pm 0,13 \text{ с}^{-1}$). Во 2-й группе скорость продольной деформации колебалась от $-0,68$ до $-0,77 \text{ с}^{-1}$ ($-0,74 \pm 0,19 \text{ с}^{-1}$); радиальной – от $1,09$ до $2,69 \text{ с}^{-1}$ ($2,35 \pm 0,35 \text{ с}^{-1}$); циркулярной – от $-0,74$ до $-1,98 \text{ с}^{-1}$ ($-1,54 \pm 0,33 \text{ с}^{-1}$). Значения продольной деформации, скорости радиальной и циркулярной деформации во 2-й группе по сравнению с 1-й группой имели статистически значимое отличие ($P < 0,05$). В обеих группах достоверно ($P < 0,05$) преобладали значения радиальной деформации и ее скорости по сравнению с продольной и циркулярной деформациями и их скоростями, циркулярная деформация и ее скорость по сравнению с продольной деформацией и ее скоростью.

Выводы. У подростков 12–17 лет по сравнению с детьми 7–11 лет отмечается статистически значимое увеличение продольной деформации миокарда левого желудочка, скорости радиальной и циркулярной деформации. В целом, полученные показатели деформации миокарда могут служить в качестве нормативных для детей и подростков для оценки систолической функции левого желудочка.

Исходы осложненных многоплодных беременностей в перинатальном центре г. Набережные Челны Республики Татарстан

Терегулова Л.Е., Косовцова Н.В., Хамидуллина Ф.Н.

НИИ ОМиМ, г. Екатеринбург
Перинатальный центр, г. Казань
Перинатальный центр, г. Набережные Челны
farida.hamidullina@yandex.ru

Цель исследования. Анализ исходов многоплодных беременностей, осложненных фето-фетальными транс-

фузионными синдромами, которые наблюдались в Перинатальном центре города Набережные Челны.

Материал и методы. За период с 2017 г. по I квартал 2019 г. в перинатальном центре Набережных Челнов наблюдались 262 женщины с многоплодной беременностью, из них с монохориальной диамниотической двойней было 52 (100%) женщины. Исследования проводили на УЗ-сканерах ACCUVIX V20 и ACCUVIX A30. В протокол исследования были включены: фетометрия, оценка количества околоплодных вод, исследование кровотока в маточных артериях, артерии пуповины, венозном протоке, определение скорости кровотока в средней мозговой артерии и цервикометрия. УЗ-исследования проводились с 16 нед беременности, каждые 2 нед.

Результаты. Всего за указанный период с многоплодной беременностью родили 262 женщины. Из них с монохориальной диамниотической двойней родили 52 (100%) женщины. В 68% случаев беременности завершились срочными родами, дети живы.

Остальные 32% случаев были распределены следующим образом. В 9 (17%) случаях течение беременности осложнилось развитием ФФТС с 18-й по 20-ю неделю беременности. Всем женщинам была проведена лазерная коагуляция анастомозов сосудов плаценты в НИИ ОМиМ Екатеринбург. 6 женщин родили здоровых доношенных детей. В одном случае произошла антенатальная гибель первого плода, второй плод родился без осложнений в срок. В другом случае, у плода реципиента был диагностирован ВПС, родоразрешение было проведено в НИИ ОМиМ г. Екатеринбург, оба ребенка живы. В третьем случае проведена элиминация одного из двойни, второй плод на сегодняшний день развивается без осложнений – соответствует своему гестационному сроку 30 нед беременности.

В 6 (11,5%) случаях течение беременности осложнилось развитием селективной ЗВУР одного из плодов, и как следствие – нарушение кровотока в артерии пуповины. Оценка кровотока в артерии пуповины и в венозном протоке проводилась каждые 3 дня. Родоразрешение путем операции Кесарево сечение было проведено на сроках 31–32 нед беременности при обнаружении реверсного кровотока в венозном протоке у плода с селективной ЗВУР. Все дети родились живыми, на сегодняшний день дети развиваются соответственно возрасту.

В 2 (3,8%) случаях развилось осложнение – синдром анемии-полицитемии. Первый случай был диагностирован на сроке 28–29 недель беременности, проведено внутриутробное лечение в г. Екатеринбург и родоразрешение в Перинатальном центре г. Казани. Оба ребенка живы. Второй случай с данным осложнением был диагностирован после операции Кесарево сечение на сроке 30 нед, по поводу антенатальной гибели одного плода. При оценке последа были обнаружены характерные для данной патологии изменения. Женщина во время беременности не обследовалась.

Выводы. Раннее динамическое наблюдение во время многоплодной беременности позволяет своевременно диагностировать различные осложнения, определить необходимую тактику лечения и ведения данных пациенток и выбрать наиболее оптимальные сроки родоразрешения. Отсутствие наблюдения за развитием монохориальных двоен может привести к антенатальной гибели обоих плодов.

Беременность в интерстициальном отделе трубы, органосохраняющее лечение в зависимости от данных ультразвуковой диагностики

Терегулова Л.Е., Терегулов А.Ю., Эгамбердиева Л.Д., Хайрутдинова М.Р., Савушкина Н.Ю.

ГАУЗ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
tereg1@mail.ru

Цель исследования. Показать возможности ультразвукового исследования (УЗИ) для диагностики и выбора тактики лечения различных форм беременности в интерстициальном отделе трубы (интерстициальная беременность – ИБ).

Материал и методы. В период с 2007 по 2019 г. в Республиканской клинической больнице МЗ РТ обследованы и пролечены 30 пациенток с ИБ.

Кроме стандартных общеклинических исследований, пациенткам были проведены трансвагинальные ультразвуковые исследования и определен уровень ХГЧ в плазме крови.

По результатам УЗИ и ХГЧ проведено соответствующее лечение: эмболизация маточных артерий (ЭМА) с введением или без введения метотрексата, введение метотрексата в плодное яйцо под контролем УЗИ, лапаротомия с резекцией маточного угла, лапаротомия с тубэктомией и лапаротомия с надвлагалищной ампутацией матки.

Результаты. С 2013 г. по май 2019 г. в РКБ МЗ РТ было пролечено 30 пациенток с беременностью в интерстициальном отделе трубы.

У 20 были ультразвуковые признаки вращающегося хориона в миометрии с образованием АВ-мальформации (утолщение хориона с высокоскоростным кровотоком), у 16 из них был высокий уровень ХГЧ от 5000 до 100 000 МЕ, у 4 был уровень ХГЧ менее 3000 МЕ.

16 пациенткам с УЗ-признаками вращающегося хориона была произведена ЭМА с эндоартериальным введением метотрексата (12 с высоким содержанием ХГЧ, 2 с содержанием ХГЧ ниже 3000 МЕ), 2 пациенткам – нижнесрединная лапаротомия, иссечение маточного угла, тубэктомия, 2 пациенткам – нижнесрединная лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами. У 9 пациенток при УЗИ было обнаружено типичное плодное яйцо без признаков вращающегося хориона (хорион нормальной толщины со слабым типичным кровотоком). В 5 случаях было произведено введение метотрексата в плодное яйцо, в 4 случаях – оперативное вмешательство (в 2 случаях – тубэктомия, в 2 – туботомия с удалением плодного яйца).

В 1 случае (при обнаружении неразвивающейся беременности в интерстициальном отделе маточной трубы) избрана выжидательная тактика.

В последние 6 лет в связи с внедрением оригинальной методики лечения ИБ в зависимости от данных УЗИ и уровня ХГЧ в РКБ с успехом проводятся только малоинвазивные органосохраняющие вмешательства.

Выводы. УЗИ является основным методом диагностики ИБ. УЗИ позволяет сформировать алгоритм органосохраняющего лечения данного вида экстрагестационной беременности. УЗ-контроль является инструментом для проведения органосохраняющего лечения в отсутствие признаков вращающегося хориона.

Опыт комплексного использования двух функциональных методов оценки состояния плода (доплерометрии венозного протока и компьютеризированной кардиотокографии) для пролонгирования беременности и выбора адекватного времени родоразрешения пациенток с ранней задержкой роста плода при наличии патологического кровотока в артериях пуповины

Терегулова Л.Е., Шарифутдинова Р.М., Иванова Д.А., Софронова М.М., Галимова И.Р.

ГАУЗ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
tereg1@mail.ru

Цель исследования. Оценить возможности доплерометрии венозного протока плода и компьютеризированной кардиотокографии (КТГ) для пролонгирования беременности у пациенток с ранней задержкой роста плода (ЗРП) при наличии патологического кровотока в артериях пуповины.

Материал и методы. С 03.10.2016 по 21.06.2019 в Перинатальном центре третьего уровня РКБ МЗ РТ проведено 15 тыс. ультразвуковых исследований плодов на сроке 22–41 нед. Ранняя ЗРП была диагностирована у 295 плодов, из них в 235 случаях ЗРП была связана с преэклампсией матери, в 60 случаях ЗРП была изолированной. В исследуемую группу включены 60 плодов с изолированной ранней ЗРП на сроке беременности 26–32 нед. Критериями отбора были вес плода (0–3%) и патологический кровоток в артериях пуповины, для которого характерна нулевая конечная диастолическая скорость (НКДС) или реверсный кровоток. При таком кровотоке функция плаценты снижена на 50%. Допплерометрические исследования проводились на ультразвуковом аппарате W80 (Самсунг), КТГ-исследования – на аппарате Sonicade Team с автоматическим антенатальным анализом фирмы Оксфорд (Англия).

Результаты. Патологический (НКДС и реверсный) кровоток в артериях пуповины был выявлен у всех 60 плодов исследуемой группы на сроке от 24 до 31 нед, в 75% случаев у беременных были признаки умеренной изолированной гипертензии до 130 мм рт.ст., возраст беременных от 18 до 47 лет. Продолжительность наблюдения и исследования варьировала от 1 до 5 нед, ежедневно проводились КТГ и доплерометрические исследования кровотока в венозном протоке. При появлении патологических показателей одного из методов исследования повторялись 2 раза в день. Патологическими считались общепринятые критерии: при доплерометрии кровотока в венозном протоке – отсутствие или реверс А-волны, глубокая выемка между S- и D-волнами, при КТГ – STV (short term variation) ниже 3,8 мс и наличие значимых децелераций. Во всех случаях родоразрешение проводилось в интересах плода на сроке от 29 до 32 нед в зависимости от результатов КТГ и доплерометрии венозного протока при одновременном значимом ухудшении показателей этих исследований. Все дети родились живыми и находились в реанимации от 5 до 7 дней в связи с недоношенностью.

Выводы. Интенсивное наблюдение с одновременным использованием двух независимых функциональных методов, характеризующих состояние плода при ранней ЗРП, позволяет при наличии патологического кровотока в артериях пуповины пролонгировать беременность до появле-

ния достоверных критериев декомпенсации состояния плода и определить адекватное время родоразрешения.

Диагностическое значение дуплексного ультразвукового исследования в оценке состояния артерий на этапах хирургического лечения

Тимина И.Е., Пяткова И.И., Зотиков А.Е.

ФГБУ "НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского"
Минздрава России, г. Москва
timina68@mail.ru

Цель исследования. Возможности дуплексного ультразвукового исследования в оценке локализации и функционального состояния нижней конечности с контрастным усилением для планирования дистальных реконструкций и динамического наблюдения.

Материал и методы. Обследованы 72 пациента с окклюзирующими поражениями бедренно-подколенно-тибиальных сегментов, которым выполнено 35 наружно-подвздошно-тибиальных и 37 бедренно-тибиальных шунтированных, 18 из которых с разгрузочной артериовенозной фистулой и наложением венозной манжеты по типу "туфельки Св. Марии". Всем больным выполнено дуплексное ультразвуковое исследование артерий нижних конечностей по разработанной нами методике, а также в ближайшем послеоперационном периоде дуплексное ультразвуковое исследование сосудов зоны выполнения оперативного вмешательства. Исследование проводили на приборе Logiq E9 (General Electric, США). Полученные результаты сравнены с данными КТ-ангиографии или интраоперационной ревизии.

Результаты. Выделены прогностические критерии функционирования шунта: наиболее высокий риск тромбоза имеют пациенты с ЛСК по шунту менее 45 см/с и наличием локального повышения в зонах анастомоза более 300 см/с. Полученные нами результаты согласуются с данными зарубежных коллег и свидетельствуют о том, что такие шунты имеют риск тромбоза в течение нескольких дней.

Для оценки функционирования шунта в послеоперационном периоде, а также для динамического наблюдения и прогнозирования нами был разработан алгоритм оценки результатов дуплексного ультразвукового исследования у пациентов со сложными шунтами, прогностически благоприятным фактором мы считали такое состояние гемодинамики в оперированной конечности, когда объемная скорость кровотока в шунте на уровне средней трети бедра была равна сумме объемных скоростей кровотока в донорской артерии дистальнее анастомоза и в разгрузочной вене проксимальнее анастомоза, что позволило нам оценить приток и отток в качестве составляющих.

Для оценки функционального состояния ишемизированной конечности перфузия мышц голени оценивалась качественно и количественно. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением показало, что у пациентов с окклюзирующим поражением артерий нижних конечностей время достижения пика контрастирования было увеличено и составляло от 36 до 120 с. В послеоперационном периоде отмечалось улучшение перфузии мышц голени у 6 человек, что подтвердилось количественно уменьшением показателя времени достижения пика контрастирования. Однако у двух пациентов наблюдался феномен отсутствия эффекта

ревазуляризации, когда при полной проходимости шунтов показатель перфузии мышцы не уменьшился или практически отсутствовал, что вероятно связано с развитием склерозирования мышц голени на фоне сахарного диабета и длительно существующей ишемии конечности.

Выводы. Дуплексное ультразвуковое исследование позволяет оценить состояние путей оттока для определения тактики хирургического лечения при планировании реконструктивных вмешательств на артериях, а также оценить функционирование шунта в послеоперационном периоде и определить прогноз функционирования инфрангинального шунта. Исследование перфузии мышц с использованием контрастного усиления позволяет оценить успешность купирования ишемии.

Методика ультразвукового исследования с контрастным усилением у пациентов с хроническими вирусными гепатитами

Тиханкова А.В., Борсуков А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория
"Диагностические исследования и малоинвазивные технологии"
ФГБОУ ВО СГМУ, г. Смоленск
annatikh67@mail.ru

Цель исследования. Усовершенствовать методику ультразвукового исследования с контрастным усилением (КУУЗИ) для пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы. В 2019 г. на клинической базе Проблемной научно-исследовательской лаборатории "Диагностические исследования и малоинвазивные технологии" СГМУ проведено КУУЗИ 40 пациентам в возрасте 39–57 лет (медиана возраста – 44,5 лет) с хроническими вирусными гепатитами В и С, из них 23 мужчины (57,5%) и 17 женщин (42,5%). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу (n = 20) составили пациенты с минимальными клиническими проявлениями (виремия <105 МЕ/мл; АЛТ, АСТ <2N), 2-ю группу (n = 20) – пациенты с выраженным клиническим течением (виремия >105 МЕ/мл; АЛТ, АСТ >5N).

Результаты. КУУЗИ проводилось в два этапа: первый этап проводился в соответствии с Европейскими рекомендациями 2012 г. (2,5 мл контрастного препарата Соновью, внутривенно, струйно) с последующим введением 5 мл 0,9% раствора NaCl; второй этап – через сутки по усовершенствованной методике – 1,0 мл контрастного препарата Соновью, внутривенно, струйно. При оценке количественных параметров КУУЗИ в 1-й группе не наблюдалось достоверных различий у пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С ($P \leq 0,05$). Параметры максимального контрастирования на первом этапе больше, чем на втором этапе, на 10,3–21,8%, начало артериальной фазы позже у пациентов 2-й группы (17,4–23,7 с) по сравнению с пациентами 1-й группы (12,1–19,6 с). Время полувыведения контрастного препарата достоверно больше во 2-й группе (241,3–310,8 с), чем в 1-й группе (180,2–214,5 с), как и время достижения максимальной интенсивности контрастирования: 1-я группа (38,7–40,9 с) и 2-я группа (41,7–59,5 с) соответственно. Время транзита воротная вена – печеночная вена короче у пациентов 1-й группы ($5,0 \pm 1,4$ с) по сравнению с пациентами 2-й группы ($9,1 \pm 0,5$ с). При оценке качественных параметров КУУЗИ было выявлено, что

качество изображений, полученных при введении 1,0 мл контрастного препарата, было идентичным в артериальную и портальную фазы, а в позднюю венозную фазу интенсивность контрастирования достоверно ниже при КУУЗИ в дозе 1,0 мл, чем при дозе 2,5 мл, что не влияло на принятие клинического решения врачом-оператором. Ни в одном случае не были зарегистрированы побочные реакции на использование SonoVue.

Выводы. Количественные и качественные параметры КУУЗИ позволяют объективно оценить состояние пациентов с различным клиническим течением хронических вирусных гепатитов В и С. Возможно применение малых доз ультразвукового контрастного препарата без клинически значимых отклонений получаемых результатов.

Эхогенность атеросклеротических бляшек сонных артерий у больных с острым коронарным синдромом в оценке прогноза сердечно-сосудистых событий

Трипотень М.И., Гучаева Д.А., Погорелова О.А., Хеймец Г.И., Шахнович Р.М., Балахонова Т.В.

ФГБУ "НМИЦ кардиологии" Минздрава России, г. Москва
tmi-doc@yandex.ru

Цель исследования. Изучение эхогенности атеросклеротических бляшек (медианы серой шкалы – GSM АСБ) в сонных артериях у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и оценка влияния GSM на прогноз сердечно-сосудистых событий (ССС).

Материал и методы. В исследование было включено 143 пациента с ОКС (возраст 32–83 года). Дуплексное ультразвуковое исследование проводили на системе Philips iU 22 (линейный датчик L9-3) для оценки наличия и выраженности атеросклеротического поражения сонных артерий на 1–3-и сутки после госпитализации, второе – через 1–1,5 лет. Эхогенность выявленных АСБ оценивали в серой шкале с помощью модифицированной методики медианы серой шкалы (GSM) на рабочей станции Multivox. Согласно Манхеймскому консенсусу АСБ считали структуру, выступающую в просвет артерии на 0,5 мм или 50% от величины окружающей толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) артерии или структуру с увеличением ТИМ более 1,5 мм.

Результаты. Нами было проанализировано 378 АСБ в сонных артериях у больных с ОКС. Анализ GSM на первом и повторном обследовании показал достоверное увеличение средней GSM на 2,2% ($P < 0,05$). За время наблюдения у 23% больных произошли различные ССС (прогноз удалось оценить у 100 больных): 4 больных (4%) скончались от сердечно-сосудистых причин, у 6 больных (6%) развился нефатальный инфаркт миокарда, у 5 (5%) больных отмечалось обострение ИБС, требующее госпитализации, незапланированная повторная реваскуляризация проводилась 6 больным (6%), ишемический инсульт перенесли 2 больных (2%). При сравнительной оценке динамики GSM у больных с ССС и без ССС выявлены статистически достоверные различия в виде снижения GSM АСБ у больных с произошедшими ССС на 7,8% ($P < 0,05$) и увеличения GSM у больных без ССС на 6,1% ($P < 0,05$). ROC-анализ показал, что относительное снижение GSM $\geq 6,96\%$ с чувствительностью 53,5% и специфичностью 71,1% определяет развитие неблагоприятного исхода (площадь под кривой $0,628 \pm 0,0465$; 95% ДИ 0,55–0,7; $P = 0,006$). Риск развития

ССС возрастал в 2,16 раза при снижении GSM в динамике более чем на 6,96% (ОР 2,16; 95% ДИ 1,3–3,5; $P = 0,009$).

Выводы. Результаты нашего исследования показывают разнонаправленное изменение эхогенности АСБ в сонных артериях у больных с и без перенесенных ССС за период наблюдения, с достоверным снижением GSM АСБ у больных с плохим прогнозом течения заболевания. Это различие дает основание полагать, что изучение эхогенности АСБ сонных артерий в динамике у больных с ОКС может быть объективным, доступным методом для оценки прогноза ССС.

Диагностическая эффективность ультразвукового метода исследования при дивертикулярной болезни и ее хронических воспалительных осложнениях

Трубачева Ю.Л.

ФГБУ "ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Минздрава России,
г. Москва

trubacheva.70@mail.ru

Цель исследования. Изучить возможности УЗИ в диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов УЗИ 216 пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, прооперированных по поводу хронических воспалительных осложнений. Хронический дивертикулит был у 27 (12,5%) больных, хронический паракишечный инфильтрат – у 116 (53,7%), свищи – у 67 (31%), стеноз – у 6 (2,8%). Полученные результаты сравнивали с данными патоморфологического исследования, хирургической ревизии во всех наблюдениях, колоноскопии – в 177 (81,5%) случаях, эндоскопического УЗИ толстой кишки (ультразвуковая колоноскопия) – в 32 (14,9%), ирригоскопии – в 168 (78,5%), КТ – в 83 (38,4%).

Результаты. При чрескожном и в дополнение у женщин трансвагинальном УЗИ ободочной кишки на основании разработанной ультразвуковой семиотики можно диагностировать как неосложненную форму дивертикулярной болезни, так и ее воспалительные осложнения. Чрескожное УЗИ и эндоскопическое УЗИ имеют наибольшую чувствительность в выявлении хронического дивертикулита при дивертикулярной болезни (96,3 и 100,0% соответственно; $P = 0,6090$). КТ несколько уступает УЗИ в показателях чувствительности (85,7 против 96,3%, $P = 0,2961$). В диагностике хронического паракишечного инфильтрата чрескожное УЗИ, эндоскопическое УЗИ и КТ имеют практически одинаковые показатели чувствительности (76,7, 77,8 и 79,6% соответственно; $P = 0,6838$ (для УЗИ и КТ); $P = 0,9401$ (для УЗИ и эндоскопического УЗИ)). При свищах ободочной кишки УЗИ обладает наибольшей чувствительностью (94%) в сравнении с остальными методами диагностики. При КТ и УЗИ правильно диагностировать стеноз при дивертикулярной болезни удалось лишь в 50% наблюдений, различия между ними статически недостоверны ($P = 1,000$). Как показало наше исследование, проведение колоноскопии и эндоскопического УЗИ неэффективно у пациентов с этим видом осложнения.

Выводы. Комплексное УЗИ наряду с КТ является наиболее информативным методом диагностики воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. Широкодоступность, безвредность и отсутствие специальной подготовки для проведения УЗИ делают его

первоочередным методом для диагностики и динамического наблюдения у пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни.

Показатели суточного мониторинга артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, и их связь с показателями ремоделирования периферических сосудов

*Турна Э.Ю., Крючкова О.Н.,
Солдатенко С.В., Келеджиева Э.В.*

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского", г. Симферополь
emilika@mail.ru*

Цель исследования. Изучение связи ремоделирования периферических сосудов с показателями суточной динамики артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших ишемический инсульт.

Материал и методы. Обследовано 70 пациентов. Основная группа – 40 пациентов с АГ 1-й и 2-й степени, перенесших ишемический инсульт, мужчины (21 чел.) и женщины (19 чел.) в возрасте от 45 до 75 лет ($62,33 \pm 7,95$). В группе сравнения – 30 пациентов с АГ II стадии 1-й и 2-й степени, сопоставимые по полу и возрасту. Всем пациентам проводились доплерография сосудов шеи с определением толщины комплекса интима-медиа, пиковой систолической скорости кровотока (Vps), максимальной конечно-диастолической скорости (Ved), индекса резистентности (RI) и пульсационного индекса (PI), суточное мониторирование артериального давления (АД) с определением суточного индекса, показателей вариабельности систолического и диастолического АД, скорости утреннего подъема.

Результаты. Показатели средних систолического и диастолического артериального давления и среднего артериального давления и пульсового артериального давления достоверно не отличались от показателей в группе сравнения, однако скорость утреннего подъема систолического и диастолического артериального давления в основной группе была достоверно выше, чем в группе сравнения (скорость утреннего подъема систолического АД: основная группа – 26 ± 19 , группа сравнения – $14,36 \pm 10,56$, при $P < 0,0045$; скорость утреннего подъема диастолического АД: основная группа – $21,01 \pm 16,54$, группа сравнения – $12,44 \pm 11,34$, при $P < 0,0174$). Ультразвуковое исследование показало достоверно большую толщину комплекса интима-медиа в основной группе ($1005,3 \pm 206,7$ в основной группе и $808,9 \pm 261,3$ в группе сравнения, $P < 0,0008$), достоверное снижение Vps и Ved в основной группе (Vps в основной группе $51,1 \pm 15,9$, Vps в группе сравнения $67,2 \pm 17,8$, $P < 0,0002$; Ved в основной группе $13,7 \pm 4,3$, Ved в группе сравнения $18,7 \pm 7,3$, $P < 0,0006$). Выявлена достоверная средняя положительная корреляция толщины комплекса интима-медиа с вариабельностью систолического АД в ночное время ($r = 0,35$ при $P < 0,05$), достоверная средняя положительная корреляция вариабельности диастолического АД ночью с PI и RI ($r = 0,48$ и $r = 0,34$ соответственно, при $P < 0,05$), скорости утреннего подъема систолического АД с PI ($r = 0,37$ при $P < 0,05$), а также скорости утреннего подъема диастолического АД с показате-

лями резистентности сосудистой стенки (PI и RI) ($r = 0,59$ и $r = 0,36$ соответственно, при $P < 0,05$).

Выводы. Толщина комплекса интима-медиа, а также показатели жесткости сосудистой стенки (RI и PI) у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, ассоциируются с особенностями суточного профиля АД, а именно с вариабельностью систолического артериального давления в ночное время и скорости утреннего подъема систолического и диастолического артериального давления.

Опыт проведения фьюжен-биопсии предстательной железы в диагностике рака предстательной железы

*Усенко Е.Е., Абоян И.А., Селезнев И.Н.,
Бадьян К.И., Редькин В.А., Лемешко С.И.*

*МБУЗ "Клинико-диагностический центр «Здоровье»",
г. Ростов-на-Дону
rodzyanko.mar@yandex.ru*

Цель исследования. Проанализировать результаты проведенных фьюжен-биопсий предстательной железы (ПЖ) в сравнении со стандартной 12-точечной биопсией ПЖ.

Материал и методы. На базе МБУЗ КДЦ "Здоровье" проводились фьюжен-биопсии ПЖ. Использовался ультразвуковой (УЗ) аппарат BK5000 (BK Medical, США) с датчиком E14C4t, магнитным приемником и передатчиком. Для проведения мультипараметрического магнитно-резонансного (МР) исследования использовалась МР-установка Toshiba Vantage Titan 1,5 Тл. На первом этапе пациентам выполнялось мультипараметрическое УЗИ и МР-исследование. Вторым этапом результаты, полученные при МР-исследовании, вводились в УЗ и оконтуривались выявленные патологические очаги. Следующим этапом совмещали УЗ- и МР-изображения. Затем проводилась непосредственная пункционная биопсия ПЖ с забором материала из целевых и 12 стандартных точек.

Результаты. Было выполнено 18 фьюжен-биопсий ПЖ. Рак ПЖ по результатам биопсии выявлен в 56% (у 10 пациентов). Из группы пациентов с выявленным раком ПЖ (индекс Глисона 7 (4+3)) у 60% (6 из 10 пациентов) опухолевые клетки были выявлены и в целевых, и в стандартных точках. В 40% (у 4 из 10 пациентов) патологический материал был обнаружен лишь в целевых точках. В процессе исследования были определены следующие средние значения: средняя величина ПСА – 6 (2,3–13,5), средний объем предстательной железы – $52,4 \text{ см}^3$ (10–86 см^3), средняя оценка очага по PI-RADS – 4,3 (3–5), средний объем очага по MPT – $1,4 \text{ см}^3$ (0,1–2 см^3).

Выводы. Проведенный нами анализ основывается на небольшой выборке пациентов и не позволяет на данный момент достоверно судить о специфичности метода. Однако выявленный высокий индекс Глисона в целевых точках при отсутствии в стандартных позволяет судить о высокой специфичности данной методики и требует дальнейшего набора материала и тщательного изучения проблемы.

Первый опыт выполнения в городе Ростове-на-Дону миниинвазивного органосохраняющего удаления доброкачественных образований молочной железы методом ВАБ-резекции на аппарате EnCor Enspire под контролем ультразвука в амбулаторных условиях

Усенко Е.Е., Абоян И.А., Громовенко Е.Ю., Родзянко М.Н.

МБУЗ КДЦ “Здоровье”, г. Москва
usenko.ee@yandex.ru

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты, доказать преимущество вакуумной аспирационной биопсии (ВАБ) в удалении непальпируемых доброкачественных образований молочных желез (МЖ) у женщин разного возраста, с различным типом строения МЖ.

Материал и методы. В августе 2018 г. в амбулаторных условиях прооперированы 6 пациенток, 19 лет (16,7%), 30–48 (66,6%), 59 лет (16,7%). Образования непальпируемые, ровные четкие контуры $0,87 \times 0,70$, $1,56 \times 0,64$; $1,4 \times 0,6$, $0,56 \times 0,38$ см. 2 пациентки с гиперинтенсивными по МРТ очагами в МЖ $0,93 \times 0,63$, $0,83 \times 0,93$ см (аденомы?) уже перенесли секторальные резекции (фиброаденомы). 4 пациентки принимали заместительную гормональную терапию (ЗГТ) несколько лет, им ранее выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) или соге-биопсия, у 4 фиброаденомы. Под контролем УЗИ в режиме реально-го времени в условиях местного обезболивания удалены образования в пределах здоровых тканей методом ВАБ-резекции биопсийными зондами ENCOR 10G, 7G, на аппарате EnCor Enspire C.R.BARD, тугие повязки.

Результаты. Пациентки не испытывали дискомфорта, боли уже на следующий день осмотра, наблюдались через 1, 3 дня, 2, 4, 6 нед, 3, 4, 6 мес. Асептические повязки сняты на следующий день. Тугие давящие повязки сняты через день. Признаков гематом не было ни у одной пациентки с первого дня осмотра. УЗ-контроль проводился постоянно. В проекции резецированных образований наблюдались ненапряженные гематомы от $0,9 \times 1,3$ до $1,5 \times 1,3$ см с полным редуцированием к 4–6–8 нед. Через 6–8 нед в проекции удаленных образований в ткани определялись гетерогенные, изоэхогенные паренхиме аваскулярные зоны неправильной формы до $0,56 \times 0,68$ см, с неровными контурами, что было расценено как “рубцовые изменения”. Через полгода в послеоперационном периоде у всех 6 пациенток (100%) данные УЗИ и контрольной маммографии подтвердили полное отсутствие ранее описываемых образований. Гистологически получены: периканаликулярные фиброаденомы в 5 случаях (83,3%) на фоне непролиферативной формы фиброзно-кистозной болезни в 3 случаях (50%), на фоне инволютивных процессов в 2 случаях (33,3%). У 1 пациентки (с двумя образованиями в 1 железе) морфологически подтверждена непролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни, очаговый мастит (16,7%). Иммуногистохимическое определение Ki-67 показало низкую пролиферативную активность в 100% у 6 пациенток (экспрессия ядер $1-2\%$).

Выводы. Высокая эстетичность молочной железы в ранние и отдаленные сроки после ВАБ, отсутствие общего наркоза, отсутствие послеоперационных рубцов, деформирующих молочную железу, нередко заставляющих женщину обращаться к пластическим хирургам, позволяют ВАБ занять лидирующее место в удалении непальпируемых

доброкачественных образований МЖ, сохраняя жизненную активность женщины, ее психологическое здоровье.

Ультразвуковая мультипараметрическая диагностика “атипичных” кистозных образований молочной железы

Фазылов А.А., Расулова М.М., Березкина А.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент
mrsberezkina@gmail.com

Цель исследования. Улучшение диагностики “атипичных” кистозных образований молочной железы путем применения современных технологий эхографии.

Материал и методы. Ультразвуковое мультипараметрическое исследование молочных желез (МЖ) проведено 632 пациентам с заболеваниями МЖ в возрасте 12–68 лет. Исследования проводились на современных аппаратах премиум-класса с использованием мультичастотных линейных датчиков частотой 7–13 МГц. Исследование МЖ проводилось последовательно: в режиме серой шкалы, доплерографии (цветовое доплеровское картирование (ЦДК), импульсно-волновая доплерография) и компрессионной эластографии (RTE).

Результаты. При ультразвуковом исследовании 632 пациентов с заболеваниями МЖ кистозные образования выявлены у 390 (61,7%). Из них “типичные” кисты, т.е. кисты небольших размеров с ровными, четкими контурами, содержащие анэхогенный секрет, составили 294 (46,5%). “Атипичные” кисты, имеющие гетерогенную основу, диагностированы у 96 (15%) женщин. Среди данной группы пациентов у 40 (6,3%) отмечены кисты с признаками воспаления, галактоцеле у 14 (2,2%), себорейные кисты у 9 (1,4%), внутрикистозные папилломы у 38 (6%), посттравматические кисты с геморрагическим содержимым у 14 (2,2%) и рак в кисте у 5 (0,7%) женщин. Воспаленные кисты имели утолщенные стенки, неровные контуры, дисперсную взвесь иногда с наличием экзогенного детрита. В режиме ЦДК отмечалась умеренная васкуляризация по периферии кист, тогда как детрит был аваскулярен. При компрессионной эластографии (RTE) в зависимости от выраженности воспалительного процесса перифокальная эхогетерогенная гипозоногенная зона прокрашивалась сине-голубым цветом с коэффициентом жесткости (КЖ) $7,0 \pm 3,6$, а кисты прокрашивались трехцветным оттенком. В процессе проводимого лечения эти участки прокрашивались зелено-голубым цветом с КЖ $3,1 \pm 1,48$. Дифференциальным признаком кист с густым содержимым от патологического образования явилось наличие дистального усиления ультразвука в В-режиме, аваскулярность при ЦДК и прокрашивание при RTE трехслойным оттенком. Внутрикистозные вегетации чаще были представлены папилломами, которые характеризовались внутрикистозными пристеночными изоэхогенными тканевыми компонентами с ровными четкими контурами и однородной структурой. В режиме ЦДК признаков васкуляризации не отмечалось. При RTE жидкостная часть кисты окрашивалась трехцветным трехслойным паттерном, тогда как тканевая часть окрашивалась зелено-голубым либо голубым паттерном с КЖ $3,4 \pm 1,8$. Геморрагические кисты характеризовались гетерогенным содержимым с наличием в просвете линейных эхогенных включений. При RTE жидкостная часть кисты окрашивалась трехцветным трехслойным паттерном. Рак в кисте характеризовался наличием внутрикистоз-

ного тканевого компонента с неоднородной структурой. В режиме ЦДК отмечались хаотически расположенные цветочные локусы.

Выводы. Ультразвуковое мультипараметрическое исследование полостных образований позволяет дифференцировать “атипичные” кисты между собой, а также с другими очаговыми образованиями молочной железы.

Особенности ультразвуковой диагностики синовита и энтезита у пациентов с псориатическим артритом

Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Терегулова Л.Е., Сухорукова Е.В., Абдракипов Р.З., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО “Казанский государственный медицинский университет”
Минздрава России, г. Казань

ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” Минздрава
Республики Татарстан, г. Казань

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ
ДПО “Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования” Минздрава России, г. Казань
sirenif@mail.ru

Цель исследования. Выявление УЗ-признаков и локализации энтезита и синовита при псориатическом артрите (ПсА).

Материал и методы. В исследование включено 20 пациентов с верифицированным диагнозом ПсА. Средний возраст пациентов составил $43 \pm 9,52$ года, мужчин было 9 человек (45%), женщин – 11 человек (55%). УЗ-исследование включало плечевые, акромиально-ключичные, локтевые, лучезапястные, тазобедренные, коленные, голеностопные суставы; а также энтезисы сухожилий и связок в проекции данных суставов (общее количество – 48). Исследование проводилось на аппарате Samsung Accuvix A30 линейным датчиком 5–13 МГц в В-режиме; васкуляризация оценивалась в режиме энергетического доплера.

Результаты. Синовиты были выявлены у 9 пациентов (45%), энтезопатии – у 14 пациентов (70%), васкуляризованные энтезисы – у 13 человек (65%). Наиболее часто синовиты встречались в акромиально-ключичных (25%), лучезапястных (20%), коленных (15%), голеностопных (20%) суставах; энтезисы – сухожилия разгибателя пальцев (25%), собственной связки надколенника как в проксимальном, так и в дистальном отделах (10%), медиальной коллатеральной связки (25%), теносиновиты – поверхностного сгибателя пальцев, разгибателя пальцев, полуперепончатой мышцы, длинного сгибателя пальцев, задней большеберцовой мышцы, малоберцовых мышц, длинного разгибателя пальцев. Из них синовиты были бессимптомными у 6 пациентов (30%), энтезисы – у 7 (35%).

Выводы. Ультразвуковое выявление синовитов и энтезисов, в частности бессимптомных, является полезным инструментом, дополняющим обследование пациента ввиду более четкого определения активности ПсА, позволяющего определить необходимый объем лечения и оценить эффективность проводимой терапии. Определение наиболее частой локализации бессимптомных энтезисов и синовитов облегчит их своевременное выявление.

Влияние ультразвуковых признаков на тактику ведения пациентов с тендовагинитом де Кервена

Финагеев С.А., Наумов А.Ю., Пименов С.А.

ГБУЗ СО “Тольяттинская городская клиническая больница №2
имени В.В. Банькина”, г. Тольятти
finageev@mail.ru

Цель исследования. Определить и систематизировать ультразвуковые признаки патологических изменений в структуре элементов первого дорсального канала для последующего использования при выборе приоритетного метода лечения болезни де Кервена.

Материал и методы. Это проспективное исследование, включающее 24 случая тендовагинита де Кервена с клиническими проявлениями одностороннего поражения у 5 мужчин и 19 женщин в возрасте от 18 до 68 лет без травматического анамнеза в области запястья. Всем пациентам выполнялись ультразвуковые исследования (УЗИ) на аппарате высокого класса с применением линейного датчика частотой 10–16 МГц на пораженной и интактной конечности при первом обращении и для контроля эффективности лечения. Оценка проводилась в области шиловидного отростка лучевой кости в поперечной проекции строго перпендикулярно направлению сухожилий. Продольная проекция проводилась для оценки подвижности сухожилий mm. abductoris longi (ABL) и extensoris pollicis brevis (EPB) и состояния тыльной связки.

Результаты. При первичном УЗИ все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа: 20 пациентов, патологическая картина которых была представлена снижением эхогенности сухожилий ABL и EPB, скоплением выпота в синовиальных влагалищах ABL и EPB, ограничением подвижности сухожилий ABL и EPB, снижением эхогенности тыльной связки (ТС) и утолщением ее от 1,4 до 1,9 мм (с интактной стороны от 0,6 до 0,7 мм). Вторая группа: 4 пациента с аналогичными признаками, без выпота в синовиальном влагалище сухожилий ABL и EPB. У 3 пациентов (1 из первой группы и 2 из второй группы) при УЗИ было установлено наличие перегородки в дистальной части 1 дорсального канала, которая представляла собой гипоэхогенную вертикальную структуру, разделяющую сухожилия ABL и EPB в канале. Повторное УЗИ пациентам было проведено после 4–5 нед консервативной терапии с иммобилизацией пораженной конечности. В первой группе у 15 пациентов определялась положительная динамика при УЗИ в виде значительного сокращения или отсутствия выпота в синовиальных влагалищах ABL и EPB, утолщение тыльной связки было до 1,2–1,5 мм, подвижность сухожилий ABL и EPB не ограничена или незначительно ограничена и сопровождалась слабым болевым синдромом. У 5 пациентов первой группы, в том числе 1 пациента с перегородкой дорсального канала, положительная динамика не определялась. У пациентов второй группы положительной динамики не было выявлено. Пациентам первой группы без положительной динамики и пациентам второй группы была назначена инъекция глюкокортикоидов с последующим контролем на УЗИ через 8 нед. Из 5 пациентов первой группы были осмотрены 2 пациента (3 пациента отказались от осмотра в связи со стойким улучшением состояния). У 1 пациента из первой группы и 1 пациента второй группы сохранялась отечность ТС и ее утолщение до 1,3–1,4 мм, ограниченность подвижности сухожилий ABL и EPB незна-

чительная, предложена повторная инъекция глюкокортикоидов. У всех пациентов с перегородкой дорсального канала из первой и второй группы и 1 пациента из второй группы при УЗИ сохранялся отек и утолщение ТС до 1,6–1,7 мм, сохранялась ограниченность подвижности сухожилий ABL и EPB. Пациентам было предложено оперативное лечение по декомпрессии 1 дорсального канала. При оперативном лечении у 3 пациентов было подтверждено наличие фиброзной перегородки в 1 дорсальном канале.

Выводы. Наличие фиброзной перегородки в первом дорсальном канале и отсутствие выпота в синовиальном влагалище ABL и EPB при первичном ультразвуковом исследовании пациентов с клиническими проявлениями болезни де Кервена могут быть использованы для выбора оперативного метода лечения как приоритетного направления ведения пациентов с тендовагинитом де Кервена.

Варикоз вен таза и посттромботическая болезнь на фоне синдрома Мея–Тернера

Фомина Е.Е., Ахметзянов Р.В.

ГАУЗ «Межрегиональный клинично-диагностический центр»
Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Казань
eefomina@mail.ru

Цель исследования. Изучение аспектов эндоваскулярного лечения пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей и ассоциированной с ней варикозной болезнью таза на фоне синдрома Мея–Тернера.

Материал и методы. Всего исследовано 16 пациентов – 13 женщин (81,2%) и 3 (18,8%) мужчин в возрасте от 26 до 79 лет в стадии тромботических осложнений, у 8 пациенток выявлена варикозная болезнь таза. Инструментальные методы исследования включали ультразвуковое исследование, мультиспиральную компьютерную флебографию, рентгеноконтрастную флебографию с инвазивной прямой флебоманометрией. Проприетарность стента и его работу оценивали с помощью ультразвукового исследования.

Результаты. Левостороннее поражение подвздошных вен выявлено в 15 случаях, в одном – двустороннее с преимуществом преваляированием левосторонней симптоматики. Протяженные окклюзии общих подвздошных вен и наружных подвздошных вен – у 5, частичная реканализация с остаточным стенозом 80–90% – у 6, варианты окклюзионно-стенотических поражений – у 5. Величина градиента давления у всех составила от 7 до 11 мм рт.ст., со средним значением 8,8 мм рт.ст. У 8 женщин выявили расширение вен гроздевидного сплетения – средний диаметр $8,2 \pm 1,7$ мм; маточных вен – $6,3 \pm 1,1$ мм, правой яичниковой вены – $0,48 \pm 0,12$ мм, левой яичниковой вены – $0,55 \pm 0,05$ мм. Технический успех стентирования составил 100%. Двум пациентам, учитывая значительную протяженность обструкционного поражения, выполнена имплантация 2 стентов. Тромботическая окклюзия стента в периоперационном периоде диагностирована у 1 пациента, в ближайшем послеоперационном – у 2. Через 3 мес: все стенты проходимы, отметили уменьшение вен таза в среднем на 0,05 см, уменьшение объема конечностей. У пациентов с трофическими язвами отмечено их заживление. Средний маллеолярный объем снизился на 15,2 мм.

Выводы. Ультразвуковое исследование может использоваться как метод предварительной диагностики и как метод послеоперационного контроля на ранних и отдаленных этапах наблюдения. Опыт венозного стентирования подвздошного сегмента у пациентов с синдромом Мея–Тернера, осложненным посттромботической болезнью, показал высокую результативность и безопасность.

Динамика эхографических изменений средних и мелких суставов конечностей на ранней стадии артрозо-артрита

Хабарина Н.В., Ховрина Н.С.

ООО «Скандинавский Центр здоровья», г. Москва
ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва
nzhelezinskaya@yandex.ru

Цель исследования. Изучить динамику ультразвуковых изменений средних и мелких суставов конечностей у пациентов на ранней стадии артрозо-артрита.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента с артрозо-артритом (ОА) 0–1 рентгенологических стадий (0 ст. – 41%, 1 ст. – 59%) с поражением мелких и средних суставов конечностей в течение 1 года с интервалом в 1 мес. Критерием включения больных в исследование было: установленный диагноз артрозо-артрита 0–1 рентгенологической стадий, отсутствие какой-либо сопутствующей патологии костно-мышечной системы, консервативное лечение артрозо-артрита с применением НПВС без использования препаратов гиалуроновой кислоты. Средний возраст пациентов составил $48,53 \pm 20,1$ года, средняя продолжительность заболевания – $9,4 \pm 3,5$ мес. Ультразвуковое исследование лицам с патологией ЛЗС (лучезапястного) и ГСС (голеностопного), мелких суставов кистей и стоп выполнено на аппарате GE Logic S8 линейным датчиком ML 6-15-D.

Результаты. В ходе исследования установлено, что для первых трех месяцев существования патологического процесса характерны: моноартрит ГСС; мелкоузловая гипертрофия синовиальной оболочки с толщиной слоя $2,5 \pm 1,1$ мм; однородный выпот различного объема (от 0,5 до 2,2 мл); сохранение структурности хрящевой пластинки; теносиновит различной степени выраженности поверхностного и глубокого сгибателей пальцев кисти, длинного разгибателя I пальца стопы и длинного разгибателя пальцев.

При ОА 3–6 мес отмечено увеличение количества видоизмененных суставов, преобладание поражения ГСС и плюснефаланговых (ПлФС) диартрозов. Наряду с вышеприведенными эхопризнаками патологии регистрировались диффузная гипертрофия синовиальной оболочки толщиной $3,4 \pm 0,6$ мм, локальное утолщение центральных отделов хрящевой пластинки за счет отека без нарушения ее архитектоники.

Через 6–9 мес определялось симметричное поражение III–IV ПлФС и ПФС в сочетании с ГСС или ЛЗС (6,3%; 4,7%). Умеренная гипертрофия синовиальной оболочки носила как диффузный (9,1%), так и узловой (8,1%) характер. Однородный экссудат выявлен у 17,2% пациентов. Суставной хрящ с локальным истончением (наиболее выраженным в средних суставах в краевых отделах, в мелких – в центральной зоне), снижением эхогенности и повышением зернистости отмечен в 62,1% случаев. Лигаментоз диагностирован в 8,1%, теносиновит – 5,1%.

Существование ОА на протяжении 9–12 мес характеризовалось сочетанными изменениями в ГСС, ЛЗС и ПлФС II–IV пальцев стопы, ДМФС кисти. При УЗИ преобладал полиартрит ($4,7 \pm 2,4$ диартроза) с максимальным изменением на уровне таранной, ладьевидной, многоугольной костей. Утолщение синовиальной оболочки было диффузным. Синовит имел однородный ($n = 18$) характер. Изменение структуры гиалинового хряща отмечено в 83,7% наблюдений в виде дегенерации с наибольшей трансформацией пластинки на уровне дистального эпифиза лучевой кости, таранной, ладьевидной и основании I пястной костей. Субхондральный слой визуализировался без признаков склерозирования. Патология околосуставного поддерживающего аппарата выражалась в виде тендиноза и лигаментоза ($n = 13$).

Выводы. Применение артрозографии позволило подтвердить наличие патологии у 62,8% больных на протяжении первого года существования патологического процесса, проследить динамику изменений внутри- и внесуставных тканей. Интервал исследования пациентов с ранним артрозо-артритом должен составлять 3 мес. Характерными УЗ-признаками раннего артрозо-артрита являются: синовит, дегенерация суставного хряща, тено- и лигаментопатия.

Возможности эластометрии в оценке эффективности лечения воспалительных процессов ахиллова сухожилия

Хабарина Н.В., Ховрина Н.С., Белякова А.М., Терсков А.Ю.

ООО "Скандинавский Центр здоровья", г. Москва
ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва
nzhelzinskaya@yandex.ru

Цель исследования. Сопоставить динамику регресса воспалительных изменений ахиллова сухожилия в В-режиме с данными эластометрии методом сдвиговой волны.

Материал и методы. Исследовано 26 пациентов (21 мужчина, 5 женщин), находящихся на стационарном лечении, с установленным диагнозом "ахиллит" в возрасте от 18 до 34 лет. Длительность заболевания не превышала 2 нед. Всем больным выполнено трехкратное УЗИ ахиллова сухожилия (на момент поступления в стационар, через 1 и 2 нед с момента начала противовоспалительной терапии) на аппарате LG Logic S8 линейным датчиком L9. Оценка жесткости сухожильных волокон выполнялась методом сдвиговой волны в зоне наиболее выраженных воспалительных изменений с определением модуля Юнга (среднее значение показателя). МРТ выполнена на аппарате Siemens Magnetom Aera 1,5 Тл двукратно (на момент госпитализации и при исчезновении клиники ахиллита). КТ проведена трехкратно на аппарате Toshiba Prime Aquilion 160.

Результаты. У всех пациентов при УЗИ в В-режиме на момент госпитализации выявлено снижение эхогенности сухожильных волокон с умеренно выраженным нарушением их дифференцировки в средней (76,9%) или дистальной (23,1%) частях ахиллова сухожилия как результат отека. Зона воспалительных изменений локализовалась в центральных отделах сухожилия у 25,7%, в периферических отделах – у 74,3%. При эластометрии модуль Юнга волокон составил $105,5 \pm 16,5$ кПа. При уменьшении клинической активности воспалительного процесса на фоне нормализации эхографической картины сухожилия значения модуля

Юнга волокон сохранялись в пределах $113,95 \pm 3,95$ кПа. Через 14 дней с момента начала консервативной терапии при отсутствии клинических проявлений ахиллита и неизменной УЗ-картине ахиллового сухожилия отмечено восстановление жесткости волокон до нормальных показателей – $171,85 \pm 17,45$ кПа. Данные УЗИ в оценке состояния сухожильных волокон подтверждались методом МРТ, жесткость – результатами КТ с денситометрией.

Выводы. Эластография сдвиговой волной достоверна (по данным экспериментальных и аналитических методов) в определении зоны воспалительных изменений. Данные эластометрии позволяют оценивать эффективность консервативного лечения ахиллита. Остаточные проявления воспаления по данным эластометрии сохраняются на протяжении 5–6 дней после нормализации эхографической картины ахиллова сухожилия.

Ультразвуковая оценка нестабильности атеросклеротической бляшки в сонных артериях с применением контрастных препаратов

Хамидова Л.Т., Рыбалко Н.В., Евграфов П.Г.

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения г. Москвы", г. Москва
rybalko_dr@mail.ru

Цель исследования. Разработать способ комплексной ультразвуковой оценки нестабильности атеросклеротической бляшки с учетом морфологического исследования препарата.

Материал и методы. В исследовании принимал участие 121 пациент со стенозом левой/правой внутренней сонной артерии 50% и более (по шкале NASCET). Среди обследованных было 80 мужчин и 41 женщина, средний возраст 56,0 [50; 73] лет. Всем обследуемым проводили стандартную и контрастно-усиленную ультразвуковую визуализацию сонных артерий, билатеральный доплеровский мониторинг церебрального кровотока с регистрацией микроэмболических частиц. Всем пациентам в течение трех дней от поступления была выполнена каротидная эндартерэктомия с забором макропрепарата бляшки и его морфологической оценкой.

Результаты. Анализ связи между гистологическими и ультразвуковыми признаками продемонстрировал умеренную ассоциацию между интенсивностью контрастирования, степенью васкуляризации бляшки (коэффициент Крамера 0,529; $P < 0,000$) и количеством липофагов (коэффициент Крамера 0,569; $P < 0,001$). Не было выявлено достоверных различий между степенью васкуляризации атеросклеротической бляшки по данным морфологического исследования и степенью стеноза бляшки ($P > 0,05$). Выявлены достоверные различия между количеством зарегистрированных МЭС и интенсивностью кровоснабжения атеросклеротической бляшки ($P < 0,001$).

Интенсивность контрастирования в бляшке ассоциируется с процессом ангиогенеза и воспаления, а ультразвуковое исследование с контрастным усилением бляшки является перспективным для оценки ее нестабильности и возможного риска развития сосудистых церебральных осложнений. Интенсивность неоваскуляризации, обнаруженная с помощью ультразвукового исследования с контрастным усилением, ассоциируется с количеством детектирован-

ных микрочастиц в церебральном кровотоке и не зависит от степени стеноза.

Выводы. Метод комплексной оценки с применением ультразвукового исследования с контрастным усилением и доплеровской детекции микроэмболических частиц может быть эффективен для стратификации риска возможного ишемического инсульта у асимптомных пациентов, оптимизации показаний для хирургического лечения бляшки и оценки эффективности проводимой гипополипидемической и статинотерапии.

Особенности УЗД патологических состояний эндометрия на фоне приема тамоксифена при раке молочной железы

Чекалова М.А., Борисова М.И.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

margo94@inbox.ru

Цель исследования. Изучить возможности и особенности УЗ-метода в диагностике патологических состояний эндометрия на фоне приема тамоксифена при раке молочной железы (РМЖ) на основании собственных данных.

Материал и методы. Данные, полученные в результате обследования 153 женщин с диагнозом РМЖ, принимающих тамоксифен в течение 3–5–10 лет. Каждой женщине было проведено УЗИ внутренних гениталий, данные сопоставлены с результатами гистологического исследования материала, полученного при РДВ полости матки.

Результаты. По нашим данным, частота маточной патологии составила 56%: множественная миома матки (24,6%), аденомиоз (15%), сочетание миомы матки и аденомиоза (20,4%), помимо этого выявлены киста яичника (9,7%), хронический сальпингоофорит (19,3%), гиперплазия эндометрия (16,5%), полип эндометрия (6,3%). Вместе с тем у 10,7% больных комплексное обследование позволило выявить злокачественную патологию – рак яичников (3,1%), рак шейки матки (2,3%), рак маточной трубы (1,2%), рак эндометрия (2,8%), саркому матки (1,3%). Клиническое, гистологическое и эхографическое исследование позволило нам в 2,8% наблюдений выявить РЭ. На имевшемся в нашем распоряжении материале не обнаружено достоверного повышения частоты РЭ под влиянием тамоксифена у больных РМЖ. Среди изменений со стороны эндометрия под влиянием тамоксифена чаще всего выявлено утолщение срединных маточных структур (56%), однако гистологическое исследование патологии не обнаруживало – ложноположительные результаты получены в 31,3%. В 16,5% наблюдений была подтверждена железисто-кислотная гиперплазия эндометрия, в 6,3% – железисто-фиброзный полип. Высокий процент ложноположительных результатов УЗИ объясняется своеобразными морфологическими изменениями, происходящими в эндометрии под воздействием тамоксифена.

Выводы

1. Тамоксифен вызывает стромальные изменения в эндометрии уже через 3–6 мес после начала приема, обуславливая высокий процент ложноположительных результатов УЗИ.

2. При выявлении ультразвуковым методом утолщения эндометрия до 0,8–1,0 см рекомендуется производить аспирационную биопсию или при необходимости гистероскопию с биопсией.

Эхоструктура плаценты как маркер гиперкоагуляции

Чечнева М.А., Будыкина Т.С., Бирюкова Н.В., Захаров С.М., Торшина З.В., Овчинникова В.В.

ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», г. Москва

marina-chechneva@yandex.ru

Цель исследования. Изучение характера акушерской патологии при наличии структурных особенностей плаценты при ультразвуковом исследовании в виде расширения межворсинчатых пространств (МВП).

Материал и методы. На начальном этапе исследования проведен ретроспективный анализ 80 историй беременности родов. Единственным критерием включения в исследование служили структурные изменения плаценты в виде расширения МВП. Условно расширения МВП подразделяли на единичные (1–5 в срезе плаценты) и множественные (более 5). По размерам расширения МВП разделили на незначительные (максимальный размер менее 20 мм), значительные (более 20 мм и менее 1/3 плаценты) и массивные (общий размер участков расширения МВП превышал 1/3 от площади сечения плаценты). Сроки проведения УЗИ – по обращению пациенток, от 14 до 39 нед беременности. Исследование проводилось на аппарате Samsung WS 80A.

Результаты. Группа 1А – 25 беременных с единичными расширениями МВП. Соматическая патология: ГСД – 12% пациенток, хронический гепатит – 8%, бронхиальная астма – 4%, ВПГ- и ЦМВ-инфекция – 16%, кондилломатоз – 16%. Невынашивание в анамнезе – 12%. Осложнения беременности: СЗРП 1-й степени – 8%, СЗРП 3-й степени – 4% наблюдений, при обострении ВПГ- и ЦМВ-инфекции в данную беременность. Полиморфизм генов PAI I и сочетанные тромбофилии выявлены в 28% наблюдений, гиперкоагуляция подтверждена лабораторно. Чувствительность признака – 28%, точность диагностики – 28%.

Группа 1Б – 17 пациенток со значительными структурными изменениями в плаценте. Соматическая патология: СД – 41,2%, ВПГ – 5,9% наблюдений.

Предыдущая беременность в 50% случаев завершилась фатальными осложнениями: антенатальная гибель плода – 5,9%, невынашивание беременности – 11,8%, отслойка плаценты, экстренное кесарево сечение – 11,8%, преждевременные оперативные роды по поводу тяжелой преэклампсии – 5,9%.

Не обследованы на генетические маркеры тромбофилии 41,2%, в 11,7% тромбофилия не подтверждена, в 47,1% выявлена тромбофилия. Чувствительность признака составила 80%, доля ложноположительных диагнозов – 20%, точность диагностики – 80%.

Группа 1В – 29 беременных с массивными расширениями МВП. Соматические заболевания: СД 1 типа – 17,2%, ГСД – 3,4%, ХБП – 13,7%. Первородящие – 18 пациенток, 11 – повторнородящие. Исход предыдущей беременности неблагоприятный в 72,7%. Осложнения данной беременности: активация ВПГ-инфекции – 3,4%, СЗРП 1-й степени – 3,4%, СЗРП 2-й степени – 6,8%, СЗРП 3-й степени – 10,3%, критические показатели плодового кровотока при первом обращении – 6,8%, антенатальная гибель плода – 6,8%, массивный субхориальный тромбоз – 3,4%, диабетическая фетопатия – 6,8%.

Не обследованы на мутации генов гемостаза 9 беременных. Среди обследованных не выявлено мутаций у 2 беременных (6,8%), выявлены у 18 беременных (62,7%), среди них мутация Leiden в 1 случае, сочетанные – в 17 случаях. Чувствительность признака составила 93,2%, доля ложноположительных предположений – 6,8%.

Обнаружена положительная корреляция между структурными изменениями плаценты в виде расширения МВП и наличием мутаций (0,39) и очень слабая положительная корреляция между изменениями в плаценте и формой мутации (коэффициент корреляции 0,18).

Выводы. Структурные изменения плаценты, определяемые антенатально как значительные и массивные расширения межворсинчатых пространств, связаны с гиперкоагуляцией и могут быть использованы в качестве дополнительного маркера состояния плаценты и показания к обследованию пациенток на полиморфизм генов тромбофилии.

Эхографические особенности формирования борозд глубококонедоношенных младенцев, достигших постменструального возраста 32 недели, выявленные с помощью трехмерной нейросонографии

Чугунова Л.А., Нароган М.В., Гус А.И.

ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
lilijana79@mail.ru

Цель исследования. Определить эхографические особенности формирования борозд головного мозга к моменту окончания периода глубокой недоношенности в зависимости от наличия/отсутствия деструктивных поражений белого вещества головного мозга.

Материал и методы. Архивные 3D-файлы еженедельной нейросонографии 48 глубококонедоношенных младенцев: I группа – 40 детей без постнатальных структурных изменений головного мозга; II группа – 8 детей с возникшими после рождения геморрагическими и ишемическими поражениями головного мозга, а именно внутрижелудочковыми (ВЖК) и/или паренхиматозными кровоизлияниями, вентрикуломегалией, перивентрикулярной лейкомаляцией. Ультразвуковое исследование проводилось с помощью аппарата Voluson i (GE Healthcare, США) с использованием конвексного педиатрического 3D-датчика с частотой 5–9 МГц. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программного пакета модулей Statistica 7. Достоверность различий показателей определялась при уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты. В I группе была определена закономерность эхографического выявления основных борозд головного мозга. В постменструальном возрасте: 25–27 нед – большинство борозд имели размытое и нечеткое изображение, 28 нед – четко выявлялись теменно-затылочные, шпорные, поясные, верхние височные и обонятельные борозды, 31–32 нед – появлялись вторичные борозды поясной борозды, что в большинстве случаев совпадало с началом формирования верхних отделов лобной борозды и закрытием островка. Во II группе было отмечено нарушение формирования борозд, преимущественно поясных, и отставание в сроках закрытия островка. Выраженность задержки извитости и складчатости борозд прямо пропорционально зависела от выраженности деструктивного процесса белого вещества головного мозга ($P < 0,05$).

У 3 из 8 младенцев II группы при развитии ВЖК II–III степени в сочетании с паренхиматозным кровоизлиянием и выраженной вентрикуломегалией большинство борозд идентифицировалось с трудом. К 32 нед постменструального возраста расположение борозд не соответствовало нормальной траектории развития.

Выводы. К 32 нед постменструального возраста развитие борозд головного мозга у глубококонедоношенных младенцев при отсутствии постнатальных структурных изменений белого вещества соответствует нормативным значениям. Возникновение деструктивных изменений головного мозга приводит к изменениям траектории расположения борозд и задержке их развития, которые могут быть диагностированы с помощью 3D НСГ.

Ультразвуковая эластография: возможности диагностики внематочной беременности

Шишкина Т.Ю., Краснова И.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва
АО Медси 2, Москва
shishkina-tanya@mail.ru

Цель исследования. Изучить возможности ультразвуковой эластографии в диагностике внематочной беременности.

Материал и методы. Компрессионная эластография выполнена на аппарате Logiq E9 (GE, США) с использованием трансвагинального датчика. При оценке качественных характеристик нами учитывались стабильные участки различной жесткости. При количественном анализе рассчитывался индекс эластичности (ИЭ). Данные представлены в виде медианы, 25-го и 75-го квартиля. Статистический анализ проводился с помощью критерия Краскела–Уоллиса, Вилкоксона ($\alpha = 0,05$), U-теста Манна–Уитни ($\alpha = 0,0033$) в пакетах компьютерных программ Statistica 7.0 и Microsoft Excel 2016. Эластография выполнена у 31 пациентки с внематочной беременностью (трубная – 29, яичниковая – 1, интерстициальный отдел трубы – 1), у 9 пациенток с нарушенной маточной беременностью и у 8 – с аномальными маточными кровотечениями репродуктивного периода.

Результаты. При эластографии неизменные маточные трубы у 12 обследованных кодировались как эластичные: основным фоном был зеленый цвет, на фоне которого визуализировались желтые и красные вкрапления, ИЭ составил 0,9 [0,7; 1,2]. У 5 пациенток с указанием в анамнезе на аднексит (у 2 из них ранее также выполнен milking плодного яйца) при эластографии маточные трубы хоть и кодировались эластичным зеленым цветом, однако в их структуре также наблюдались жесткие фрагменты синего цвета, ИЭ составил 2,1 [1,8; 2,7]. Состояние маточных труб было уточнено при диагностической лапароскопии. Маточные трубы обследованы у 29 пациенток с трубной беременностью. У пациенток с интратубарной гематомой (выраженной – 7 (23,3%), отграниченной – 13 (43,3%)) маточные трубы кодировались как жесткие образования синим цветом и двумя ободками по периферии – внутренним голубым и наружным зеленым. ИЭ составил 5,2 [4,8; 5,3] и 2,7 [2,7; 2,9] соответственно. При трубном аборте с незначительными остатками ворсин хориона в трубе у 6 (20,0%) пациенток равномерно эластичные на всем протяжении маточные трубы отображались преимущественно зеленым

цветом с желтыми, красными и незначительным количеством синих фрагментов, место нидации плодного яйца не визуализировалось, ИЭ составил 1,2 [1,0; 1,4]. При прогрессирующей трубной беременности 5–6 нед гестации у 3 (10,0%) пациенток плодное яйцо 4–5 мм в диаметре кодировалось как жесткое, другие отделы маточной трубы отображались как эластичные зеленым. При яичниковой беременности и беременности в интерстициальном отделе маточной трубы плодное яйцо кодировалось как жесткая структура относительно окружающих тканей (яичника и миометрия соответственно).

Выводы. Ультразвуковая эластография может быть успешно применена в ургентной гинекологии у пациенток с подозрением на внематочную беременность. Протокол исследования включает оценку жесткости маточных труб с помощью качественных и количественных критериев. Полученные результаты трактуются в соответствии с разработанными типами эластографических шаблонов и параметрами ИЭ.

Опыт ультразвуковой диагностики стриктур в тазовом отделе мочеточника

Шкондина М.Л., Шкондин Л.А.

ГБУЗ "Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко", г. Пенза

*ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки", г. Луганск
masha_shkondina@mail.ru*

Цель исследования. Уточнение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в комплексной рентгенологической и ультразвуковой диагностике стриктур в тазовом отделе мочеточника.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного рентгенологического и ультразвукового (УЗ) исследования 14 пациентов, у которых при первичном УЗ-скрининге была выявлена стриктура в тазовом отделе мочеточника. Первый этап – УЗИ в вертикальном и горизонтальном положении пациента. Оценивалась почка и прилежащий к ней верхний отдел мочеточника. Второй этап – УЗИ в вертикальном, горизонтальном положении на спине и на соответствующем боку. Оценивали мочеточник от нижнего полюса почки до 2-го физиологического сужения. На третьем этапе в горизонтальном положении на спине оценивали тазовый отдел мочеточника, особенно его интрамуральный отдел, у боковой поверхности наполненного мочевого пузыря. Затем анализировали состояние самого мочевого пузыря (до и после мочеиспускания) и предстательной железы.

Результаты. Клинически у всех 14 человек отмечался пиелонефрит, у 8 – гипертония, у 3 – мочекаменная болезнь и 1 – уретероцеле. При УЗИ выявлено расширение просвета у 14 пациентов (слева – 5, справа – 8, с двух сторон – 1 человек): с типичным нарушением уродинамики – супрастенотическое расширение просвета (1-я стадия) – 1, мегауретер с гидроуретеронефрозом (2–3-я стадия) – 13 человек (диаметр мочеточника >11 и <0 мм – 5, >21 мм – 8 человек). Установлено, что у всех пациентов УЗ-семиотика зависела от размеров мочеточника, локализации стриктуры и выраженности нарушения уродинамики. Прямым УЗ-признаком стриктуры мочеточника является обнаружение места сужения, косвенным – нарушение уродинамики.

Отмечено, что при заполнении мочевого пузыря содержимым только УЗИ давало возможность обнаружить и изучить измененный интрамуральный участок мочеточника и уточнить место его впадения в мочевой пузырь, выявить уретероцеле или эктопию (впадение в мочеиспускательный канал). Кроме того, в отличие от рентгенологического исследования УЗИ давало возможность быстро изучить и оценить состояние почки, ее паренхимы, полостной системы, а также соседних органов и выявить в них воспаление, опухоли и другие процессы, а затем еще и осуществлять контроль в динамике на этапах лечения.

Выводы. УЗ-метод у пациентов со стриктурой мочеточника позволяет выявлять супрастенотическое расширение мочеточника, развитие мегауретера или гидроуретеронефроза, установить стадию процесса и осложнения, эктопию устья мочеточника и уретероцеле, что соответствует задачам скрининга, контроля в динамике и на этапах лечения таких пациентов.

Оценка почечной гемодинамики при различных морфологических изменениях в почечном трансплантате у детей в отдаленном посттрансплантационном периоде

Эктов Д.Б., Пыков М.И., Валов А.Л., Молчанова М.С., Кушнир Б.Л.

*Отделение по пересадке почки РДКБ
ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, г. Москва*

*Кафедра лучевой диагностики детского возраста
ФГБУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва*

*Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва
denis.ektov@rambler.ru*

Цель исследования. Определить связь индекса резистентности (ИР) и индекса пульсационного (ИП) с патоморфологическими изменениями в почечном трансплантате, выявленными при гистологическом исследовании.

Материал и методы. Проанализированы 168 биопсий и ультразвуковых исследований (УЗИ) 108 трансплантатов у детей в возрасте от 5 до 17,4 лет (средний возраст $12,2 \pm 2,78$), которым выполнена аллогенная трансплантация трупной почки. Тонкоигольные пункционные биопсии и УЗИ проводились в сроки от 5,4 до 77,6 мес после трансплантации. ИР и ИП измерялись на уровне общей почечной и междольковых артериях за сутки до биопсии.

Результаты гистологических исследований были разделены на 5 групп: 1 – патологических изменений нет, 2 – морфологические признаки кальциневроиновой токсичности, 3 – пограничные изменения, 4 – острые отторжения, 5 – морфологические изменения, не связанные с лекарственным или иммунологическим влиянием на трансплантат (бактериальный нефрит, рефлюкс-нефропатия, гипертонический артериолосклероз).

Результаты. Количество детей в первой группе – 68 (40,5%), во второй – 22 (13%), в третьей – 31 (18,5%), в четвертой – 31 (18,5%), в пятой – 16 (9,5%). Значения скорости клубочковой фильтрации в группах: 94 ± 32 ; $80,1 \pm 36,2$; $85,2 \pm 31,6$; $69 \pm 28,6$; $72,1 \pm 34$ мл/мин/1,73 м² соответственно. Значения ИР на уровне общей почечной артерии в группах: $0,67 \pm 0,07$; $0,67 \pm 0,09$; $0,68 \pm 0,07$; $0,65 \pm 0,07$; $0,64 \pm 0,07$ соответственно. Значения ИП на уровне общей почечной артерии: $1,35 \pm 0,31$; $1,38 \pm 0,36$; $1,37 \pm 0,36$; $1,24 \pm 0,27$; $1,22 \pm 0,23$ соответственно. Значения ИР на уровне междольковых артерий: $0,61 \pm 0,1$;

0,61 ± 0,09; 0,60 ± 0,08; 0,61 ± 0,08; 0,59 ± 0,08 соответственно. Значения ИП на междольковых артериях: 1,15 ± 0,3; 1,15 ± 0,36; 1,15 ± 0,28; 1,14 ± 0,35; 1,08 ± 0,23 соответственно. Скорость клубочковой фильтрации в 1-й группе была достоверно выше, чем в группе трансплантатов с острым отторжением ($P < 0,05$). Достоверных различий скорости клубочковой фильтрации в 1, 2, 3, 5-й группах не было выявлено ($P > 0,05$). Показатели ИР и ИП на уровне общей почечной артерии трансплантата и междольковых артериях оставались стабильными. Не выявлено достоверных различий между средними значениями ИР и ИП на уровне общей почечной артерии и междольковых артериях в группах детей с различными морфологическими изменениями ($P > 0,05$).

Выводы. Проведенный сравнительный анализ доплерографических показателей ИР, ИП с различными морфологическими изменениями в аллографте при сохраненной депурационной функции не дал достоверных отличий. Возможно, это связано с тем, что основное число (88%) биопсий выполнялось по протоколу, т.е. при отсутствии явных признаков нарушения почечной функции, остальные 12% проводились при повышении сывороточного креатинина выше 25%, протеинурии выше 400 мг/сут.

Ультразвуковая диагностика и методы хирургического лечения лимфоцеле после аллогенной трансплантации трупной почки у детей

Эктов Д.Б., Пыков М.И., Валов А.Л., Мартыненко А.В.

РДКБ ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, отделение по пересадке почки, г. Москва

Кафедра лучевой диагностики детского возраста ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва

*РДКБ ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, лаборатория клинической бактериологии, г. Москва
denis.ektov@rambler.ru*

Цель исследования. Определить алгоритм диагностики и варианты хирургического лечения лимфоцеле после аллогенной трансплантации трупной почки у детей.

Материал и методы. В исследование включены 282 пациента в возрасте от 5 до 17,5 лет (средний возраст 10,5 ± ± 6,5), которым в период с 01.2010 по 04.2019 в отделении по пересадке почки РДКБ выполнена аллогенная трансплантация трупной почки.

Всем пациентам в раннем посттрансплантационном периоде регулярно проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) почечного трансплантата.

По результатам УЗИ у 34 пациентов в ложе аллографта выявлено жидкостное образование объемом более 100 см³.

С целью верификации диагноза под ультразвуковым контролем проводилась чрескожная тонкоигльная аспирация образования с последующим биохимическим и бактериологическим исследованием. У всех 34 пациентов биохимический состав аспирата был близок к составу лимфы, роста микроорганизмов не обнаружено.

Результаты. У одного пациента после аспирации при динамическом УЗИ не было выявлено жидкостных образований. У 7 детей с рецидивом лимфоцеле после аспирации выполнено внешнее дренирование ложа трансплантата по Сельдингеру, с последующим удалением дренажа на 25–30-е сутки. При динамическом наблюдении у одного ребенка после удаления дренажа выявлен рецидив лимфо-

целе, что потребовало оперативного лечения открытым способом. 27 пациентам выполнена марсупиализация открытым способом. Из этой группы в 4 случаях для предотвращения залипания отверстия между лимфоцеле и брюшной полостью выполнялась интерпозиция пряди большого сальника. У одного ребенка после марсупиализации сальником был выявлен рецидив лимфоцеле, что потребовало использования силиконового дренажа, установленного между брюшной полостью и полостью лимфоцеле. Общее количество детей, которым для предупреждения залипания отверстия брюшины использовалась силиконовая трубка, составило 24 человека.

Частота образования лимфоцеле составила 12%. После оперативного лечения рецидивы не выявлены. При долгосрочном наблюдении функция трансплантатов оставалась стабильно удовлетворительной.

Выводы. В раннем посттрансплантационном периоде показано регулярное проведение УЗИ. Аспирацию жидкостного содержимого и дренирование ложа трансплантата нужно проводить под ультразвуковым контролем, это позволит избежать травмы паренхимы и сосудов трансплантата. Своевременная диагностика и лечение лимфоцеле предупреждает развитие урологических, сосудистых и гнойных осложнений, которые оказывают негативное влияние на функцию почечного трансплантата.

Диагностика аномального дренажа легочных вен в I триместре

Эсетов М.А., Эсетов А.М., Бекеладзе Г.М.

*ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Махачкала
Кабинет частной практики "СОНО", г. Махачкала
esetov06@rambler.ru*

Цель исследования. Показать потенциальную возможность диагностики аномального дренажа легочных вен при ультразвуковом исследовании в 12,0–13,6 нед беременности.

Материал и методы. Проводилось экспертное ультразвуковое исследование в 12,0–13,6 нед. Оценивались маркеры хромосомных аномалий, проводилось расширенное экспертное исследование анатомии плода. При наличии выявленных маркеров или аномалий развития плода проводилось трансвагинальное ультразвуковое исследование.

Результаты. Выявлено 2 случая кардиального типа аномального дренажа легочных вен плода. Первый плод: КТР – 79 мм, признаки кистозной гигромы (толщина воротникового пространства – 7,5 мм) с расширением яремных и подмышечных лимфатических сосудов, признаки водянки (подкожная клетчатка – 3,9 мм, асцит умеренный), увеличение кардиоторакального соотношения (индекс 0,45), перикард – 2,9 мм, легочный ствол/аорта – 5,5 мм/2 мм, трикуспидальная регургитация. Дополнительный поиск причин кардиомегалии показал впадение легочных вен в правое предсердие. Второй плод: КТР – 83 мм, признаки кистозной гигромы (толщина воротникового пространства – 6,3 мм) с расширением яремных лимфатических сосудов, полная форма общего атриовентрикулярного канала. Выявлена полная форма аномального дренажа легочных вен в правое предсердие.

Выводы. Диагностика кардиального типа аномального дренажа легочных вен возможна при раннем ультразвуко-

вом исследовании. Расширенное исследование анатомии плода с использованием трансвагинального доступа позволяет увеличить диагностический потенциал этапа ранней эхографии. Одним из факторов для этого является проведение раннего ультразвукового скрининга в 12–13,6 нед. Возможности эхографии до 12 нед ограничены.

Форма сосудистых сплетений боковых желудочков как маркер открытых дефектов позвоночника плода при раннем эхографическом скрининге

Эсетов М.А., Эсетов А.М., Бекеладзе Г.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

Кабинет частной практики «СОНО», г. Махачкала

esetov06@rambler.ru

Цель исследования. Оценить аномальную картину сосудистых сплетений головного мозга плода как маркера ультразвукового скрининга открытых дефектов позвоночника (ОДП) в 11–13,6 нед беременности.

Материал и методы. В исследование включены результаты ультразвуковой диагностики в 2011–2018 гг. Проводилось экспертное исследование в 11–13,6 нед с применением абдоминального и трансвагинального подходов. Оценивались маркеры хромосомных аномалий, маркеры ОДП и расширенное исследование анатомии плода. Исследование сосудистых сплетений головного мозга проводилось в стандартном аксиальном срезе на уровне 3-го желудочка для оценки признака «бабочка». Аномальной форма воспринималась при вытянутой форме и уплощенном латеральном контуре сплетений боковых желудочков. Был проведен анализ 22 случаев ультразвуковой диагностики изолированных ОДП плода в 11–13,6 нед беременности.

Результаты. В 21 случае патология позвоночника была определена как рахисшизис, в 1 – как односторонний дефект дуги с кистозным грыжевым образованием. У 19 плодов патология была в пояснично-крестцовом, а у 3 – в груднинно-поясничном отделе. В одном случае ОДП сочетался с диастематомиелией. Все эти случаи были обследованы в 12–13,4 нед. В двух случаях при обследовании в 11,2 и 11,3 нед детальную оценку провести не удалось и была необходима повторного исследования. Аномальная форма сосудистых сплетений боковых желудочков была выявлена в 21 случае ОДП плода в нашем исследовании. При дефекте дуги с кистозным грыжевым образованием изменение формы сосудистых сплетений отмечено не было.

Выводы. Проведенное исследование показывает, что изменения картины сосудистых сплетений боковых желудочков с выравниванием латеральных контуров являются характерными для ОДП плода. В отличие от других описанных в литературе признаков исследование сосудистых сплетений в большей мере отвечает характеристикам скринингового признака – несложность исследования и малая потеря времени. Проведение исследования в 12–13,6 нед позволит уменьшить число возможных ошибок диагностики ОДП, число повторных исследований и случаев необоснованного волнения пациенток.

Эластография сдвиговой волной комплекса интима–медиа общих сонных артерий в оценке артериальной ригидности при диастолической дисфункции левого желудочка

Юсупов К.Ф., Ахунова С.Ю., Фомина Е.Е., Исламова Л.В., Сафина Г.Т., Кирилук И.П., Фатыхова А.Р.

ГАУЗ «МКДЦ», г. Казань

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

akhunova@gmail.com

Цель исследования. Провести сравнительный анализ показателей жесткости артерий, полученных при эластографии сдвиговой волной комплекса интима–медиа (КИМ) общих сонных артерий (ОСА) и фотоплетизмографии (ФПГ) при диастолической дисфункции левого желудочка.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов 46–80 лет ($M \pm \sigma - 65,6 \pm 6,4$) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ), 20 (71%) мужчин и 8 (29%) женщин. Проводилась эхокардиография, эластография сдвиговой волной КИМ и ФПГ. При эхокардиографии (Vivid E95, GE Healthcare, США) определялась степень ДДЛЖ в соответствии с рекомендациями ASE/EACVI 2016 г. При УЗИ общих сонных артерий (Logiq E9 XDclear, GE Healthcare, США) оценивались толщина КИМ, а также методом эластографии сдвиговой волной при помощи оценки модуля Юнга локальная жесткость ОСА и скорость распространения сдвиговой волны. При ФПГ (Ангиоскан-01, Россия) оценивались индекс аугментации, индекс жесткости, индекс отражения, тип пульсовой кривой, индексы окклюзии.

Результаты. Было выявлено, что у пациентов с ДДЛЖ при проведении фотоплетизмографии с окклюзионной пробой были повышены такие показатели, как индекс аугментации и индекс отражения, изменен тип пульсовой кривой. Повышение скоростных показателей на общих сонных артериях и толщины КИМ было статистически незначимым. Методики оценки эластичности и состояния эндотелиальной функции артерий при ФПГ и по данным эластографии сдвиговой волной КИМ общих сонных артерий при помощи оценки модуля Юнга выявили, что повышение эластографических показателей жесткости КИМ коррелировало с индексами ФПГ. Проведенный корреляционный анализ для группы пациентов с 1-й степенью ДДЛЖ (15 чел.) и группы пациентов со 2-й и 3-й степенью ДДЛЖ (13 чел.) выявил значительную тесноту связи при уровне значимости 5% ($P < 0,05$) между показателями эластографии КИМ и ФПГ, причем у пациентов с 1-й степенью ДДЛЖ отмечается высокая теснота связи (0,7–0,9). Степень тесноты связи между отмеченными показателями не зависела от степени ДДЛЖ.

Выводы. Эластография сдвиговой волной КИМ ОСА является перспективным методом оценки эндотелиальной дисфункции у пациентов с ДДЛЖ. В соответствии с Российскими рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике 2017 г., артериальная ригидность может быть оценена по толщине КИМ и скорости распространения пульсовой волны. Необходима комплексная интегральная оценка жесткости сосудистой стенки для определения уровня риска атеросклероза.

Предоперационное стадирование тазового эндометриоза с применением 2D-, 3D/4D-УЗИ**Юсупов К. Ф., Ключаров И. В., Недопекина Е. В.**

Казанская медицинская академия, г. Казань
 ГАУЗ "Межрегиональный клинико-диагностический центр" Минздрава
 Республики Татарстан, г. Казань
 ФГАОУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет",
 г. Казань
 ЛДЦ "МЕДЭКСПЕРТ", г. Казань
 kyusupov@yandex.ru

Цель исследования. Диагностика и стадирование тазового эндометриоза представляют серьезную проблему при планировании объема операции. Цель – изучить возможность использования 2D-, 3D/4D-УЗИ в стадировании тазового эндометриоза.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 152 больных с подозрением на эндометриоз. Средний возраст составил 37,6 лет. Применялось трансабдоминальное, трансвагинальное, трансректальное, транслабиальное сканирование (Voluson E8, Voluson E 10, GE HC, США) на 18–22-й день от начала менструации в 2D, 3D/4D. Результаты сопоставлялись с данными лапароскопии (ЛС), гистологического исследования. Показаниями для ЛС были маточные кровотечения (87), хроническая тазовая боль (84), бесплодие (68), диспареунии (56), дисхезия (16).

Результаты. Аденомиоз (35, после гистерэктомии): чувствительность, специфичность, предсказательная ценность положительного результата, предсказательная ценность отрицательного результата – 98, 90, 96, 92%. Крестцово-маточные связки (146) – 92, 90, 94, 85%. Эндометриоз яичников (69) – 92, 85, 78, 74%. Спаечный процесс (125) – 90, 89, 94, 78%. Ретроцервикальный (58) – 95, 90, 87, 74%. Ректо-сигмоидальная перегородка (42) – 90, 85, 90, 78%. Мочевой пузырь и мочеточники (27) – 90, 87, 82, 79%. Кишечник (12) – 85, 80, 94, 75%. Тазовое дно – 3, рубец передней стенки – 2.

Выводы. Сочетание трансабдоминального, трансвагинального, трансректального, транслабиального сканирования в режимах 2D, 3D/4D обеспечивает высокую степень корреляции с результатами ЛС и способствует преоперационному стадированию у пациенток с подозрением на эндометриоз.

Лучевые методы исследования в диагностике ювенильного ревматоидного артрита**Юсуфов А. А., Мельникова О. В., Черкасова И. А.**

ГБУЗ "Детская областная клиническая больница", г. Тверь
 ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет"
 Минздрава России, г. Тверь
 ГБУЗ "Областная клиническая больница", г. Тверь
 usufov@yandex.ru

Цель исследования. Выявить ультразвуковые критерии дебюта ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) и ведущие КТ-симптомы у детей со стажем заболевания.

Материал и методы. Объектом УЗ-исследования стали 20 детей (10 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 3 до 16 лет с дебютом ЮРА, находившихся на обследовании и лечении в ДОКБ г. Твери в 2014–2016 гг. У детей с дебютом ЮРА было проведено 16 исследований коленных суставов, 2 исследования голеностопных и 2 – лучезапястных

суставов. КТ проведена 30 пациентам в возрасте от 5 до 17 лет со стажем заболевания от 6 мес до 4 лет. Всем детям выполнена мультиспиральная компьютерная томография крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных, коленных и мелких суставов кистей и стоп на 128-срезовом томографе GE-Optima. Всего выполнено 46 СКТ: 11 исследований тазобедренных суставов, 11 – крестцово-подвздошных сочленений, 17 – коленных суставов и 7 – мелких суставов (кистей и стоп).

Результаты. По данным УЗИ выявлены следующие изменения: расширение суставных щелей за счет выпота в суставную полость (16 человек), неравномерное утолщение и отек синовиальной оболочки (16 человек), гиперваскуляризация синовиальной оболочки при доплеровском картировании (15 человек), внутрисуставной выпот с множественными точечными гиперэхогенными включениями (9 человек), эрозирование контуров кортикального слоя костей (14 человек), неравномерность толщины и неоднородность структуры гиалинового хряща (11 человек), инфильтрация параартикулярных мягких тканей различной степени выраженности (6 человек). Исходя из полученных данных, установлены наиболее ранние типичные ультразвуковые признаки ЮРА: гиперваскуляризация синовиальной оболочки, эрозирование контуров кортикального слоя, неравномерность толщины и неоднородность структуры гиалинового хряща.

Анализируя результаты компьютерных томограмм, выявлены следующие КТ-симптомы: остеопороз костей, формирующих суставы (в 21 исследовании), сужение рентгенологической суставной щели (в 10 исследованиях), единичные эрозии (в 33 исследованиях), множественные эрозии (в 2 исследованиях), деформация и подвывихи в суставах (в 2 исследованиях), не выявлено симптомов (в 6 исследованиях). Преобладающими КТ-симптомами у детей со стажем заболевания явились: единичные костно-хрящевые эрозии, околоуставной остеопороз и сужение суставной щели.

Выводы. Таким образом, выявленные лучевые симптомы дебюта и других стадий ювенильного ревматоидного артрита позволят оптимизировать диагностику и лечение детей с данным заболеванием.

Синдром "непальпируемого яичка" у детей. Возможности ультразвукового исследования**Юсуфов А. А., Румянцева Г. Н., Пыков М. И., Карташев В. Н., Аврасин А. Л., Кузнецов В. В.**

ГБУЗ "Детская областная клиническая больница", г. Тверь
 ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет"
 Минздрава России, г. Тверь
 ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва
 usufov@yandex.ru

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового исследования при синдроме "непальпируемого яичка" у детей.

Материал и методы. Комплексное ультразвуковое исследование органов мошонки до операции выполнено 67 пациентам с синдромом "непальпируемого яичка" в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на лечении в хирургическом и урологическом отделениях ДОКБ г. Твери. Из них у 47 была абдоминальная форма крипторхизма, у 15 – гипоплазия яичка, у 5 – монорхизм. Всем пациен-

там проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) мошонки, паховых областей и брюшной полости.

Результаты. При клиническом обследовании у всех детей выявлено недоразвитие мошонки с одной стороны, отсутствие яичка в полости мошонки и по ходу пахового канала. При УЗИ 52 детей с абдоминальным крипторхизмом и монорхизмом правильный диагноз (абдоминальное расположение яичка) был установлен у 42 (80,8%), а у 10 (19,2%) яичко не удалось визуализировать. У 5 (9,6%) пациентов впоследствии при диагностической лапароскопии выявлен монорхизм. У 15 (22,4%) детей при комплексном УЗИ установлен диагноз гипоплазии яичка. Все дети с гипоплазией яичка были в возрасте от 1 года до 3 лет. При УЗИ пахового канала у всех пациентов на стороне патологии установлены небольшие размеры паховых колец ($2,8 \pm 0,02$ мм), по ходу пахового канала визуализировались гипотрофированные элементы семенного канатика. У трех детей яичко обнаружено в средней трети пахового канала, у остальных – в полости мошонки. Ультразвуковая картина паренхимы яичка у всех детей имела одинаковые характеристики: размеры гонады не превышали 5–6 мм, структура неоднородная, повышенной эхогенности, в режиме цветового доплеровского картирования сосудистые сигналы не регистрировались. Трем детям с гипоплазией выполнено оперативное вмешательство. Одному ребенку была проведена диагностическая лапароскопия, на которой выявлены элементы семенного канатика, идущие в паховый канал. Гипоплазированное яичко было обнаружено в паховом канале, проведена его фиксация по Петривальскому. В течение года после операции проводился ультразвуковой мониторинг, однако рост яичка не зарегистрирован. Двум детям выполнена орхидоэктомия резко гипоплазированного яичка. В микропрепаратах удаленной гонады тестикулярная ткань не обнаружена, выявлена фиброзная ткань.

Выводы. Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование пахово-мошоночной области позволяет установить диагноз при синдроме “непальпируемых яичек”, оценить морфофункциональное состояние гипоплазированных гонад.

Перинатальные осложнения у пациенток с ложноположительным высоким риском хромосомных аномалий плода

Ярыгина Т.А., Батаева Р.С.

ФГБУ “НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова” Минздрава России, г. Москва

ФГБОУ ДПО “Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования” Минздрава России, г. Москва
ООО “Центр медицины плода Медика”, г. Москва

chermashe@yandex.ru

Цель исследования. Целью данной работы было проведение проспективного наблюдения за течением беременности у пациенток с ложноположительным риском (ЛПР) хромосомных аномалий (ХА) плода по данным пренатального скрининга.

Материал и методы. Нами было безвыборочно обследовано 2076 пациенток с одноплодной беременностью в сроках от 11+1 до 13+6 нед.

Индивидуальный риск ХА (трисомии 21, 18, 13) с порогом отсечки $\leq 1:100$ рассчитывался в соответствии с алгорит-

мом Фонда медицины плода на основании материнских характеристик, данных ультразвукового исследования: толщины воротникового пространства, частоты сердечных сокращений плода, оценки носовых костей, кровотока через трикуспидальный клапан и венозный проток, выявления врожденных пороков развития (ВПР) – и уровня ассоциированного с беременностью протеина А и свободной β -субъединицы человеческого гонадотропина.

Случаи ХА и ВПР ($n = 159$) и случаи с отсутствием информации об исходах беременности ($n = 299$) были исключены из исследования.

Результаты. В соответствии с индивидуальными значениями рисков ХА пациентки были разделены на 2 группы: группа 1 с ЛПР ХА ($n = 55$); группа 2 с низким риском ХА ($n = 1563$).

Статистически значимая ($P < 0,001$) разница определялась в частоте следующих перинатальных осложнений: самопроизвольных прерываний беременности до 22 нед – 9,1 vs 0,7%; преждевременных родов – 23,6 vs 3,97%; перинатальной гибели плода – 3,6 vs 0,06% в первой и второй группах соответственно.

Частота задержки роста плода (ЗРП) составила 16,36 vs 3,67%, ЗРП у недоношенных детей – 10,9 vs 0,45%; частота ЗРП в структуре преждевременных родов – 46,2 vs 11,2%; госпитализация новорожденных в отделение реанимации и интенсивной терапии – 12,73 vs 2,4% случаев в первой и второй группах соответственно.

Выводы. Результаты настоящего исследования показали многократное увеличение частоты перинатальных осложнений у пациенток с ЛПР ХА, что свидетельствует о необходимости тщательного контроля за течением беременности у данной группы пациенток после исключения генетической патологии плода.

New method of preserving uterine treatment of uterine adenomyosis – 580 cases of experience in ultrasound-guided transdermal microwave ablation therapy

Zhang J., Han Z., Zhang B., Yu J., Lin X., Liang P., Yu X.

Chinese PLA General Hospital, Beijing, China

Objective. To explore the feasibility and safety of ultrasound-guided percutaneous microwave ablation to treat uterine adenomyosis.

Material and methods. Patients with uterine adenomyosis diagnosed by ultrasound and MRI, accompanied by symptoms of dysmenorrhea or anemia, were included in this study. All patients voluntarily received microwave ablation after the treatment of Dafylin Injection or Mandire was not effective. One or two Microwave needle antennas were implanted percutaneous in the lesions under ultrasound-guidance. The microwave energy was set at 50W or 60W. Ablated range to reach the edge of the lesions is the signs of completion of treatment. The patients were closely observed for 3 days after treatment for serious complications and side effects, and, if there were no abnormalities, discharged from the hospital and then, follow-up at 3, 6, 9, and 12 months to evaluate the clinical effect of the treatment.

Results. Total of 580 patients was treated. The patients age was 22–49 years old (average 42.2 years). The uterine diameter (length + width + height) was 7–22 cm, average 10.8 cm. Among the 580 patients pre-treatment, 572 cases suffered from pain score 6–10 points dysmenorrhea, and 420 cases

suffered from anemia with Hemoglobin (Hb) 6–11 g. The volume of lesions ablation was 60–85%, average 72%; ablation time was 600–1800 s, average 800 s. After treatment, the menstrual volume of all patients decreased significantly ($P < 0,05$) compared with before treatment, and the Hb value increased to normal in 3 months after treatment ($P < 0,05$). In 572 patients with dysmenorrhea before treatment: the pain disappeared in 383 (67%), the pain score reduced in 160 (28%), the pain reduced during the first 6 months after treatment in 23 (4%), and in 6 cases there was no significant improvement. 2 cases of intestinal thermal damage occurred

during ablation. Within 8 hours of ablation, 90% patients had pain in low abdomen – the pain level was similar to that of the previous dysmenorrhea.

Conclusions. Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation treatment of uterine adenomyosis, on the basis of preserving the uterus, can effectively improve the patient's symptoms of dysmenorrhea and anemia, and this treatment is safe when properly handled. When medication fails, it can be used as a treatment option to preserve the uterus of a young patient.