

в крови пациентов уровня СРБ, что отсутствовало у пациентов с вирусными менингитами (1,75 (0,1-11,7) $p=0,02$).

Несмотря на то, что уровень мочевины в крови у пациентов с менингитами различной этиологии находился в пределах нормы, у пациентов с вирусными менингитами (5,2 (3,7-41) $p=0,14$) был статистически значимо ниже, чем у бактериальных (3,65 (3,0-5,0) $p=0,04$).

Таким образом, нами показано, что за период 2018-2022 гг. среди населения в возрасте от 1 месяца до 18 лет было зарегистрировано 25 случаев менингитов различной этиологии. В 37 % случаев возбудитель не был идентифицирован. Наиболее часто регистрировались за этот период гнойные (бактериальные) менингиты различной этиологии. Среди вирусных менингитов и менингоэнцефалитов превалировал возбудитель клещевого энцефалита.

По результатам лабораторных исследований установлено, что отсутствуют маркеры, которые могли бы указать на этиологию возбудителя менингита. Уровень лабораторного подтверждения различных методов диагностики менингитов невысокий. Наибольшее количество возбудителей менингитов было выявлено с помощью метода ПЦР.

При сравнении результатов лабораторных исследований наиболее различия были отмечены при исследовании СМЖ. Вероятно, возникает необходимость расширения спектра используемых лабораторных показателей при дифференциальной диагностике менингитов различной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даминов, Т. А. Клинико-эпидемиологические особенности менингококковой инфекции / Т. А. Даминов, Л. Н. Туйчиев, Н. У.Таджиева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2020. – Т.1, № 10. – С. 48–54.

2. Королева, М. А. Эпидемиологические проявления вспышки менингококковой инфекции, обусловленной *Neisseria meningitidis* серогруппы А, в Новосибирске в 2019 г. / М. А. Королева, М. И. Грицай, К. О. Миронов // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – № 2. – С. 13–21.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ДИАГНОСТИКА АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА

Громадская М.Ю.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Асептический некроз (АН) головки бедренной кости – это состояние, при котором часть костной ткани головки бедра погибает из-за нарушения ее кровоснабжения. Это может произойти по разным причинам, таким как травма, интоксикация, сосудистая патология, внутренние болезни и другие. Асептический некроз не связан с инфекцией, поэтому он называется асептическим.

Асептический некроз головки бедренной кости является серьезной проблемой клинической ортопедии, так как он может привести к разрушению тазобедренного сустава, нарушению функции нижней конечности и инвалидности. По данным различных авторов, асептический некроз головки бедренной кости встречается у 10-15 % пациентов с заболеваниями тазобедренного сустава. В половине случаев асептический некроз головки бедренной кости поражает обе ноги, то есть имеет двустороннюю локализацию. Это усугубляет течение заболевания и затрудняет лечение. Асептический некроз головки бедренной кости может развиваться постепенно или быстро, в зависимости от степени ишемии костной ткани [1].

Существует несколько стадий асептического некроза головки бедренной кости, которые определяются по клиническим и рентгенологическим признакам. На ранних стадиях асептического некроза головки бедренной кости возможно консервативное лечение, направленное на восстановление кровообращения, уменьшение отека и воспаления, стимуляцию репарации костной ткани. На поздних стадиях асептического некроза головки бедренной кости, когда происходит деформация и коллапс головки бедра, необходимо хирургическое вмешательство, которое может заключаться в корригирующей остеотомии или эндопротезировании тазобедренного сустава [2].

Цель. Оценить возможности и преимущества магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике асептического некроза различных локализаций, сравнить МРТ с другими методами визуализации, определить критерии и стадии асептического некроза по данным МРТ, а также изучить влияние различных факторов на развитие и течение асептического некроза.

Методы исследования. В данной работе исследованы особенности диагностики асептического некроза головок бедренных костей с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). В работе представлены результаты лучевого обследования 54 пациентов с диагностированным асептическим некрозом головок бедренных костей, которые были обследованы в УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с 01.11.2022 по 20.11.2023. Среди этих пациентов 29 (53,7 %) были женщинами, а 25 (46,3 %) – мужчинами. Возраст пациентов варьировался от 18 до 65 лет, средний возраст составил $42,6 \pm 11,4$ года. У 32 (59,3 %) пациентов асептический некроз был двусторонним, у 22 (40,7 %) – односторонним.

В рамках исследования был проведен анализ лучевых данных 54 пациентов, у которых был диагностирован асептический некроз головки бедренной кости в симметричном суставе. Для классификации стадий асептического некроза головки бедренной кости используется международная система ARCO (Association Research Circulation Osseous).

Результаты и их обсуждение. На основании результатов МРТ пациенты были разделены на три группы в зависимости от стадии асептического некроза головки бедренной кости по классификации ARCO. Каждая группа имела свои особенности МР-томографической картины, которые описываются ниже.

Первая группа (I) включала 10 (18,5 %) пациентов, у которых было подозрение на асептический некроз головки бедренной кости, но не было явных признаков его наличия. При проведении МРТ во всех случаях была выявлена нормальная МР-томографическая картина, без каких-либо изменений в костной ткани, суставной щели, синовиальной оболочке и окружающих мягких тканях. Эти пациенты соответствовали 0 стадии асептического некроза по классификации ARCO, которая характеризуется отсутствием клинических и рентгенологических проявлений заболевания.

Вторая группа (II) составила 26 (48,1 %) пациентов, у которых был диагностирован асептический некроз головки бедренной кости. На МР-томограммах у этих пациентов визуализировалась классическая МР-симптоматика асептического некроза: некротический фокус в субхондральном отделе головки бедра, отграниченный по периферии полоской низкой интенсивности на T1-ВИ. Эта полоска представляет собой зону реактивного склероза костной ткани, которая образуется в ответ на ишемию и некроз. Данные изменения соответствовали 1 стадии асептического некроза по классификации ARCO, которая характеризуется наличием некроза костной ткани без деформации головки бедра.

В группе III было 18 (33,3 %) пациентов с АН головки бедра. В этой группе по лучевым данным были выделены две подгруппы.

Первая подгруппа включала 10 пациентов с 2 стадией асептического некроза по классификации ARCO, которая проявлялась на МРТ как большой очаг некроза, окруженный низкоинтенсивной границей в режиме T1-ВИ, а также дегенеративные изменения костной ткани в виде множества кист. В режиме PDW наблюдалась гиперинтенсивная граница с мелкими кистами внутри.

Вторая подгруппа состояла из 8 пациентов с 3 стадией асептического некроза, которая характеризовалась на МРТ наличием высокоинтенсивной полосы, отделяющей некротический фрагмент от эпифиза в режиме T2-ВИ-МР-признак «полумесяца», а также отеком костного мозга и суставной эффузией. В режиме STIR в субхондральной зоне головок виделись некротические фрагменты низкой интенсивности (субхондральные впадины), отделенные высокоинтенсивными полосами – признак «полумесяца» – 3 стадия.

Выводы.

1. Для диагностики патологии костного мозга, мягких тканей и костей тазобедренного сустава магнитно-резонансная томография обладает высокой информативностью.
2. Магнитно-резонансная томография является ведущим неинвазивным методом диагностики асептического некроза в симметричном суставе, достигая 100 % чувствительности и специфичности и 66 % точности.
3. Магнитно-резонансная томография – это главный метод лучевой диагностики для обнаружения ранней стадии асептического некроза головки бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюханов, А. В. Возможности методов лучевой диагностики поражения симметричного сустава при диагностированном асептическом некрозе бедренной кости / А. В. Брюханов, Ю. М. Батрак // Радиология и практика. – 2013. – С. 24–29.
2. Брюханов, А. В. Практическая значимость диагностики и оперативного лечения асептического некроза головки бедренной кости на ранней стадии / А. В. Брюханов [и др.] // Радиология и практика. – 2015. – С. 59–67.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАМКАХ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гулинская О.В., Филипчик А.О., Кулеш Д.Б.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Согласно данным мировой статистики заболевания щитовидной железы (ЩЖ) встречаются практически у 30 % населения планеты. На сегодняшний день, по данным Всемирной организации здравоохранения, около 700 млн. человек в мире имеют патологию ЩЖ, среди которых наиболее распространены диффузный зоб, узловые образования, а также в настоящее время отмечается рост аутоиммунной патологии ЩЖ [1].

В Республике Беларусь около 3,6 % населения имеют ту или иную патологию ЩЖ. Раньше чаще всего у белорусов выявляли эндемический зоб – такая же тенденция прослеживалась во всем мире [2]. Однако за 15 лет количество случаев эндемического зоба в нашей стране уменьшилось в 2,5 раза. Вместе с тем в Беларуси выросла заболеваемость гипотиреозом. Это послеоперационный гипотиреоз (одна треть), и две трети всего гипотиреоза возникает на фоне аутоиммунной патологии ЩЖ [3].

Цель. Оценить структуру патологии щитовидной железы в условиях эндокринологического стационара и провести анализ сопутствующей патологии.

Методы исследования. Ретроспективно проведён анализ медицинских карт и данные системы 4D-client 1128 пациентов, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гродненская университетская клиника» за период с 01.03.2022 по 01.03.2023. Из них 981 (86,97 %) человек с сахарным диабетом, 46 (4,08 %) пациентов с патологией ЩЖ, с ожирением 14 человек (1,24 %) и 87 (7,71 %) пациентов с другой эндокринной патологией.

Для анализа отобрано 46 пациентов с патологией щитовидной железы в возрасте от 19 до 83 лет, средний возраст пациентов 50 лет, из них 39 (84,78 %) женщин и 7 (15,22 %) мужчин.