

изучались посттерапевтический индекс (ПТИ) и токсичность лечения в группах по критериям ВОЗ.

Результаты. По результатам лечения объективный ответ на НПХТ составил 57,2%, а на НПХТ совместно с ВЛОК – 70%. Стабилизация процесса в группе сравнения у 13 пациенток (30,9%), в основной – у 8 (20%). Прогрессирование опухолевого роста - у 5 пациенток группы сравнения (11,9%) и у 4 (10%) основной. ПТИ 3-4 степени в основной группе – 21 случаев (52,5%), в группе сравнения – 8 (19%). В группе сравнения 29 (69%) пациенток - тошнота и рвота I-II ст. В основной группе тошнота и рвота I-II ст. - у 10 пациенток (25%). Рвота III ст. - 2 больных (4,8%) в группе НПХТ, в основной группе не зарегистрирована. У 3 пациенток (7,1%) наблюдались нарушения сердечного ритма – группа сравнения. Развитие лейкопении I-II ст. в основной группе наблюдалось в 8 случаях (20%), в группе сравнения - 20 (47,6%). Лейкопения III ст. зарегистрирована у 2 пациенток (5%) основной группы, в группе сравнения таких пациенток было 6 (14,3%).

Выводы. Полученные данные убедительно свидетельствуют об эффективности предлагаемого способа лечения МРМЖ и целесообразности более широкого его применения в клинической онкологии. Применение данного сочетанного воздействия улучшает качество жизни пациенток при проведении лечения, облегчает социально-бытовую реабилитацию, повышает эффективность противоопухолевой терапии, тем самым в итоге значительно улучшая общий конечный результат лечения.

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЁРЫ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ ПЛОДА. ПОТРИМЕСТРОВЫЙ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Карпович Е.А., Маркевич А.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – канд. мед. наук Петрович С.А.

Актуальность. Благодаря ультразвуковому скринингу представляется возможным дифференцировать хромосомную патологию плода в первом триместре беременности по шейной складке. Среди наиболее изученных хромосомных патологий плода являются синдромы Дауна, Эдвардса и Патау, частота которых среди новорожденных не имеет временной, этнической или географической разницы у родителей одинакового возраста. В связи с этим, актуальным является выявление детей с хромосомными aberrациями, а также снижение затрат на содержание детей с потерей здоровья различных степеней.

Цель: возможности определения маркёров хромосомных aberrаций до наступления срока жизнеспособности плода (I – II триместры беременности).

Задачи и методы исследования. Среди основных задач нашего исследования было выявление оптимального подбора маркёров хромосомной патологии и разработка оптимального алгоритма сонографического исследования в максимально ранние сроки гестации. Для определения трисомий были использованы следующие методы исследования: мультипланарное сканирование, ультразвуковое исследование в режиме цветного доплеровского картирования, технология составного изображения, а также методики кинопетли. Ультразвуковое сканирование проводилось на эхосканерах «SIEMENS», «TOSHIBA», «MEDISON8000» конвексным датчиком 3,5 мГц по расширенной программе фетометрии в 2D и 3D режимах.

Результаты. В первом триместре беременности на 10-й нед., 6-м дне копчико-теменной размер составил 39,0 мм. На 13-й нед. 6-м дне копчико-теменной размер составил 80,0 мм. Во втором триместре, начиная от 16-18 нед. гестации объем маркёров хромосомной патологии расширялся: венрикуломегалия, голопроэнцефалия, кисты сосудистых сплетений, синдром Денди-Уокера, расщелины губы и нёба, кистозная гигрома, диафрагмальная грыжа, пороки сердца, омфалоцеле, атрезия двенадцатиперстной кишки, атрезия пищевода, anomalies почек, укорочение конечностей, перекрещенные пальцы, косолапость, макроглоссия.

Выводы. Благодаря проведенному исследованию был четко обозначен объем ультразвуковых хромосомных маркеров как для первого, так и для второго триместра беременности. В нашей работе объем маркеров расширен для того, чтобы установить регулярные хромосомные трисомии не только по 21-й паре, но и по 18-, 13-й парам хромосом (синдром Дауна, Эдвардса, Патау, соответственно). Для этого нами использованы все режимы современного ультразвукового сканирования.

Литература:

1. Ромеро, Р. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода / Р. Ромеро [и др.] - М.: Медицина, 2004. - 440 с.
2. Петрович, С. А. Эпидемиология врожденных пороков развития конечностей / С. А. Петрович, Ю. Киселевский, А. А. Шпаков / Международный съезд врачей-перинатологов. - Краков, 1998. - 14-15 с.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ

Косцова Л.В., Маркевич Н.Б.,

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент В.А. Овчинников

Актуальность. Обследование пострадавших с механической травмой живота немислимо без привлечения современных лучевых методов диагностики, в частности ультрасонографии. Так, по мнению одного из ведущих центров оказания экстренной медицинской помощи России, ультразвуковое исследование является абсолютно необходимым методом исследования при механической травме живота, так как оно занимает мало времени, неинвазивно, высокоинформативно и легко воспроизводимо в динамике (С.Ф.Богненко, 2006).

Цель и задачи исследования: оценить информативность ультразвукового исследования брюшной полости при механической травме живота.

Методы исследования. Нами проведена оценка информативности ультразвукового метода исследования с помощью аппарата «Sonolain-G605» фирмы Simens у 20 пациентов в возрасте от 19 до 43 лет с закрытой механической травмой живота, которые поступали в УЗ БСМП г. Гродно. Из них 6 (30%) пострадавших получили травму в быту, 12 (60%) при дорожно-транспортных происшествиях и 2(10%) на производстве. При этом изолированная травма живота диагностирована только у 5 (25%) пациентов.

Результаты. Всем без исключения пациентам в экстренном порядке было произведено ультразвуковое исследование брюшной полости. Главным объектом выявляемой патологии являлась кровь в зонах «акустического окна», смежных с такими органами, как печень, почки, селезенка и мочевого пузыря. Разобщение париетального и висцерального листков брюшины являлось признаком наличия свободной жидкости в брюшной полости. Чем больше разобщены париетальный и висцеральный листки брюшины, тем больше жидкости в брюшной полости. Так, из 20 пострадавших свободная жидкость была выявлена у 8 (40%) пациентов. При этом минимально выявляемое количество жидкости в брюшной полости составляло от 50 до 70 мл (2 пациентов). Повторные исследования не подтвердили нарастания разобщения листков брюшины и появления жидкости в других отделах брюшной полости, что свидетельствовало об отсутствии продолжающегося кровотечения.

Небольшие внутриорганные гематомы диагностированы у 2 пациентов. Динамическое исследование не подтвердило увеличения в размерах данных образований и не потребовало хирургического вмешательства. Всего динамическое ультразвуковое исследование брюшной полости проведено 8 (40%) пострадавшим. Это позволило получить дополнительную информацию о появлении или увеличении жидкости в брюшной полости, забрюшинном пространстве, а также в паренхиматозных органах.

Проведенные клинические, ультрасонографические и интраоперационные параллели показали, что выявление жидкости в трех анатомических областях: подпеченочном про-