

УЗИ ГДЗ: Гепато-спленомегалия. Уплотнение стенок желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы и печени.

ФГДС: Эрозивный гастрит. Дуоденит.

Плевральная пункция: количество – 950 мл, желтая, прозрачная, проба Ривальта – отрицательная, белок 6,2 г/л. Нативно: эритроциты свежие, значительное количество. В окрашенном препарате на фоне эритроцитов значительное количество лейкоцитов, среди которых 90% - лимфоциты, 10% - нейтрофилы, а также мезотелиальные клетки в крупном мотоморфным ядром, располагающиеся изолированно. Клеток злокачественного роста не выявлено.

Обращали на себя внимание синдромы желтухи, гепатолиенальный и геморрагический, телеангиоэктазии, кожную порфирию, пальмарную эритему, субфебрильную температуру тела, а так же биохимические синдромы цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, свидетельствующие о патологии печени и требующие включения в план диагностического поиска определение маркеров вирусных гепатитов. Результаты ИФА вирусного гепатита С оказались положительными.

На фоне проведенной терапии отмечалось улучшение общего самочувствия больной, отсутствие одышки, лихорадки, слабости, отсутствие выпота в плевральной полости, сократились размеры печени и селезенки, нормализовались биохимические показатели крови.

Катамнестически у больной в последующие госпитализации в стационар не отмечалось появление выпота плевральной полости. Асцит, как один из симптомов портальной гипертензии, диагностирован спустя три года. Трудность диагностики хронического вирусного гепатита С у больной заключалась в длительном субклиническом течении болезни. Единственным симптомом в течение ряда лет была гиперпигментация отдельных участков кожи. Плевральный выпот обычно диагностируется справа, приблизительно у 10% больных с асцитом, обусловленным

циррозом[1]. В данном клиническом случае плевральный синдром появился у больной без предшествующего асцита, что отсрочило постановку правильного диагноза.

Таким образом, диагностика хронического вирусного гепатита С является трудной задачей, поскольку может протекать под маской различных заболеваний, в том числе пульмонологических. Безусловно, тщательный учет анамнестических данных, грамотная интерпретация физикальных и лабораторно- инструментальных методов исследования позволит клиницисту своевременно диагностировать заболевание, правильно наметить пути дальнейших лечебно-профилактических мероприятий, этим самым улучшить качество жизни и прогноз больных хроническим вирусным гепатитом С.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лучшев В.И., Санин Б.И., Жаров С.Н. Вирусный гепатит С- глобальная проблема нашего времени.- Рос. мед.журнал.- 2004.-№3. С.40-45.
2. Масевич И.Г., Ермолаева Л.Г. Клинические, биохимические и морфологические особенности хронических гепатитов различной этиологии.-Тер.архив.-2002.-№2. С. 35-37
3. Пальгова Л.К. Хронический гепатит С, рекомендации согласительных конференции 2002 г. по диагностике и лечению.- Терапевт. вестник.-2004.-№1. С. 80-84.

ТҮЙН

Наукаста көптеген жылдар ішінде созылмалы гепатит С симптомсыз өтті. Аурудың басталу кейіні плевралық синдроммен асцитсыз, кейін өзіне тәң клиникалық белгілермен өтті.

SUMMARY

In a during a few years chronic hepatitis C don't manifest to patient. The begin diseases at the same pleural symptoms without ascites, with next clinical characteristics.

УДК 616.74-002

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОССИФИЦИРУЮЩЕГО МИОЗИТА

Хуснутдинова Г.И.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Цель. Дать краткие сведения по лучевой диагностике оссифицирующего миозита.

Задача. Дать оценку современным принципам лучевой диагностики оссифицирующего миозита

Оссифицирующий миозит – метапластическое заболевание различной природы, а не воспалительное («миозит» отсюда термин неудачный), наиболее правильный термин «параоссальный оссификат» или параоссальная оссификация, травматический оссификат [5]. в области плечевой мышцы, при повреждении левого локтевого сустава, ягодичной области при переломах или вывихах бедра.

Обызвествление и окостенение в мышцах после острой травмы является выражением организации гематомы поврежденных тканей [1], [5].

В лучевой диагностике оссифицирующего миозита предпочтительно проведение ультразвукового исследования (УЗИ) наряду с рентгенологическим методом исследования.

По утверждению [3] УЗИ дает возможность выявить процесс оссификации раньше, чем рентгенологический метод исследования.

В настоящее время предпочтительна цифровая рентгенография в стандартных проекциях в сочетании с прицельной цифровой рентгенографией с выведением по возможности на контур пальпируемого образования в мягких тканях.

Рентгенологическая картина – в каждом индивидуальном случае оригинальна, неповторима тень имеет меньшие размеры, чем прощупываемая «опухоль», форма и очертания ее крайне причудливы, необычны, вначале неясной округлой, облаковидной или ландкартообразной формы, напоминающей по интенсивности и структуре костную мозоль в ранних ее стадиях, за несколько месяцев достигает костной интенсивности, структура негетогенная, затем приобретает рисунок костной ткани, контуры вначале расплывчатые, затем более четкие и резко очерченные.

«Дифференциальная диагностика оссифицирующего миозита гистологически большей частью не трудна. В отдельных случаях могут возникнуть некоторые трудности при дифференциальной диагностике оссифицирующего миозита от остеогенной саркомы, когда в доставленном кусочке ткани выражена пролиферация клеток и

образование незрелых костных балочек (против саркомы указывает отсутствие клеточного атипизма)» - цит. Т.П. [1].

Да и рентгенологическая картина оссифицирующего миозита иногда проявляется столь причудливой, что внушает мысль о злокачественной опухоли – саркоме.

Известны случаи ошибочных ампутаций конечности при оссифицирующем миозите, принятые за саркому.

Поэтому правильное толкование рентгенологической картины оссифицирующего миозита имеет чрезвычайно большое значение.

Следует учесть в анамнезе травму, своеобразие рентгенологической картины в динамике, локализацию, отсутствие связи с костью конечности, развитие вне типичных локализаций, на месте травмы, в области толстых пластов мышц.

Однако, возможны и такие ошибки, когда саркому принимают за оссифицирующий миозит.

«Затруднения в диагностике возможны в случаях, когда окостенение мягких тканей весьма интимно сливается с надкостницей кости конечности и создается впечатление бурного роста, исходящего из кости» [2].

Дифференциальная рентгенодиагностика с оссифицирующим миозитом может быть только при остеобластической остеогенной саркоме.

Как известно, костная саркома имеет типичную локализацию – в отделах кости с тонким пластом мышц, обладает инфильтративным типом роста, разрушает кость, выходя за ее пределы и сопровождается характерной для остеогенной саркомы периостальной реакцией в виде так называемого «козырька».

Описаны случаи перехода оссифицирующего миозита в саркому.

Очень не желательно, но, к сожалению клинической и гистологической ошибкой является смешение остеогенной саркомы с оссифицирующим миозитом.

В связи с тем, что и в настоящее время имеют место как клиничко-рентгенологические, так и гистологические ошибки в диагностике оссифицирующего миозита требуется радикальное сочетание современных методов лучевой диагностики оссифицирующего миозита:

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обязательно наряду с -2) с рентгенологическим методом исследования в виде цифровой рентгенографии в сочетании с прицельной цифровой рентгенографией по возможности с выведением на контур пальпируемого образования в мягких тканях.

2. компьютерную томографию (КТ)

3. магнитно-резонансную томографию (МРТ)

4, позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) желательно применять с учетом клиничко-рентгенологических данных локализации оссифицирующего миозита. И в настоящее время уточненная диагностика оссифицирующего миозита возможна только клиничко-рентгенологическим путем.

Выводы. Современные принципы лучевой диагностики оссифицирующего миозита:

1. УЗИ пальпируемого образования в мягких тканях

2. Цифровая рентгенография в стандартных проекциях в сочетании с прицельной цифровой рентгенографией с выведением на контур пальпируемого образования

3. КТ

4. МРТ

5. ПЭТ желательно проведение с учетом УЗИ и рентгенологических данных локализации оссифицирующего миозита в конкретной ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова Т.П. *Диагностика костно-суставной патологии по биопсиям.* М. 1964 г. С.40-41

2. Дьяченко В.А. *Рентгенодиагностика обысвествлений и гетерогенных окостенений.* Медгиз, 1960 г. С.58-62

3. Мухамеджанов К.Х. *Сонографическая семиотика повреждений и заболеваний мягких тканей.* Алматы. 2008 г.

4. Нейштат Э.Л. *Опухоли и опухолеподобные заболевания Маркочев А.Б. костей.* С-Петербург. Фолиант -2007 г. С.253-257

5. Юмашев Г.С. *Травматология и ортопедия.* М. «Медицина» 1977 г. С.368-369

ТҮЙІН

Осы мақалада оссификациялық миозиттің сәуелі диагностикасы туралы қысқаша ақпарат берілген. Оны анықтау үшін сәуелі диагностикалық әдістерін дұрыс қолданылуы ұсынылады: УДЗ, сандық рентгенография, КТ, МРТ, ПЭТ.

SUMMARY

The article provides brief information on the X-ray diagnostic imaging of ossificans miozits. Are recommended the rational combination of diagnostics of ossificans miozits: ultrasound, digital radiography, CT, MRI, PET.

Key words: ossificans miozitis, X-ray diagnostic, possibility of diagnostic.

УДК 615.38.03:617-005.1(035)

ПРИБРЕТЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИИ

Чурсин В.В., Батырханова Н.М., Иманбекова К.Б., Денисенко Э.В.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

Проблема кровотечений чрезвычайно актуальна для всех медицинских специальностей. Наибольшее количество кровотечений связано с нарушением целостности сосудов – механические повреждения, эрозии и т.п. Но часть кровотечений обусловлена геморрагическим синдромом, связанным с той или иной коагулопатией. В ургентной медицине причин для развития геморрагического синдрома не очень много. Это либо врожденные, либо приобретенные коагулопатии. Наибольший интерес, в плане, дифференциальной диагностики представляют приобретенные коагулопатии, с которыми часто сталкиваются врачи почти всех специальностей.

Перечень приобретенных коагулопатий, следствием

которых может быть геморрагический синдром, следующий:

- нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза;
- дефицит факторов свертывающей системы, развивающийся по нескольким причинам;
- прямое отрицательное действие кровезаменителей на свертывание крови (ГЭК, декстраны, перфторан);
- гипотермическая коагулопатия;
- фибринолитическая коагулопатия – ДВС III-IV;
- гипокальциемия.

Для успешного лечения геморрагического синдрома врач должен выявить причину его развития, так как тактика лечения различных коагулопатий принципиально