

мін динамикалық бағамдауға және аталмыш науқастарды ұзақ мерзімді жүргізу тактикасын анықтауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Early eradication in HP-infected patients at critical states reduces the rate of recurrences and lowers the possibility of the complications development in 96% of cases and also it enables to evaluate in dynamics the importance of HP-infection in the genesis of the diseases and to determine the long-term tactics of managing a patient.

УДК: 616.0-073.75:616.71-002.27

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА

К. Х. Мухамеджанов, Г. И. Хуснутдинова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

В статье Мухамеджанова К.Х. и Хуснутдиновой Г.И. «Лучевая диагностика болезни Педжета» представлена рентгенологическая картина болезни Педжета не осложненная и осложненная остеогенной саркомой, в настоящее время в лучевой диагностике болезни Педжета должно быть отдано предпочтение цифровой рентгенографии скелета. В качестве иллюстраций представлены данные многолетнего наблюдения за болезнью Педжета с озлокачествлением и с метастазированием.

Ключевые слова: болезнь Педжета, лучевая диагностика, цифровая рентгенография, осложнения в виде перехода в остеогенную саркому.

Цель: дать краткое сведение по лучевой диагностике болезни Педжета не осложненной и осложненной остеогенной саркомой.

Задача: на основе литературных и собственных наблюдений отметить важность лучевой диагностики болезни Педжета по данным рентгенологической картины и указать на важность рентгенологического исследования в виде цифровой рентгенографии скелета.

Болезнь Педжета известна как деформирующая фиброзная остеодистрофия, по настоящее время остается болезнью неразгаданной этиологии и является предсаркомой. В подавляющем большинстве случаев болезнь пожилых мужчин. Поражает обычно одну или много костей, т.е. имеет моно- или полиоссальный характер.

Клинически болезнь Педжета протекает хронически, длительно. Первыми симптомами в 70% являются перемежающиеся боли особенно в нижних конечностях, пояснице, крестце. Отмечены случаи безболевого протекания болезни. При длительном существовании болезни развиваются причудливые утолщения, искривления, которыми и выделяется эта форма остеодистрофии, и в этом смысле в отличие от болезни Реклингаузена генерализованной фиброзной гиперпаратиреоидной остеодистрофии не является системным заболеванием.

При поражении костей черепа увеличивается объем головы, окружность которой достигает 70 см и более. Лицевой череп остается неизменным, Другие пораженные кости резко утолщаются, деформируются в результате размягчения и нагрузки. Наиболее характерны изменения в бедренных и большеберцовых костях, характерны патологические переломы – так называемые в литературе «банановые» переломы. Эти изменения наблюдаются около 45% больных по данным литературы.

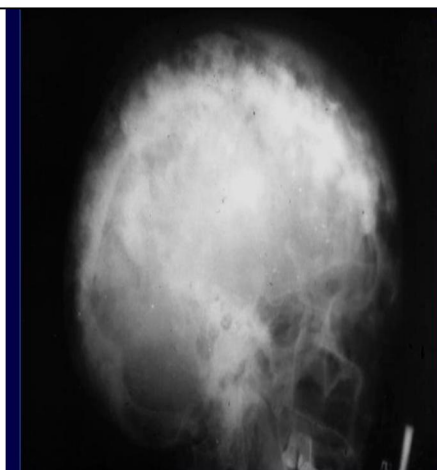
Рентгенологическая картина. Для болезни Педжета патогномична рентгенологическая картина изменений костей свода черепа: утолщение замыкательных пластинок до 1,5-2,5 см. с трабекулярной ноздреватой, пятнистой структурной перестройкой, напоминающей «хлопья ваты» (ватный рисунок) или «хлопья шерсти», череп напоминает «курчавую голову», симптомы принятые в известных литературных данных. Деформируются и структурно изменяются и кости основания черепа, наблюдается уменьшение емкости черепно-мозговой полости. Придаточные пазухи носа заметно увеличиваются за счет увеличения пневматизации. Деформация грудной клетки причудливая в виде «колокола», структурная перестройка ребер, выражена деформация сплющивание с увеличением поперечного размера тел позвонков, с грубо трабекулярной структурной перестройкой всех элементов позвонков. Неизменными остаются межпозвонковые диски, выраженный кифоз грудного отдела позвоночника, усилен лордоз в шейном и поясничном отделе позвоночника. Выражена деформация тазовых костей в виде формы, «карточного сердца» с грубо трабекулярным структурным рисунком. Характерные изменения в бедренной и большеберцовой костях, в начальных стадиях преобладают остеопороз, в поздних – остеосклероз, известковые включения. Бедро приобретает форму «пастушьей палки», наблюдаются зоны Лоозеровской перестройки в виде поперечных светлых насечек на вершине изгиба пораженной кости, нередко наблюдаются патологические переломы. Заживление переломов происходит медленно, образование кист, кровоизлияний и бурых опухолей не характерно. В мелких трубчатых костях наблюдаются трабекулярные и структурные изменения. В диагностике болезни Педжета важное значение имеет рентгенологическое исследование всего скелета, в настоящее время предпочтительна цифровая рентгенография. Лечение костей симптоматическое и носит паллиативный характер.

В наших наблюдениях при выраженном болевом синдроме преднизолоновая терапия носила исключительно симптоматический характер, кратковременно снимала болевой синдром, несколько улучшалось качество жизни.

Поздним из осложнений является озлокачествление – переход в остеогенную саркому, болезнь Педжета является пресаркоматозным заболеванием, переход в саркому по данным различных авторов составляет до 20%.

Рентгенологическая картина остеогенной саркомы на почве болезни Педжета: наблюдается очаговая деструкция сливного характера с нарушением целостности коркового слоя кости с появлением периостальной реакции, характерной для остеогенной саркомы в виде периостального «козырька», с появлением мягкотканого компонента, т.е. с появлением признаков инфильтративного злокачественного роста опухоли. И.П. Логунова в своих наблюдениях указывает на наличие травмы, после которой озлокачествление наступило через короткий промежуток времени 1-2 месяца. Стимулом к бурному прогрессированию процесса является интенсивная физиотерапия, тепловые процедуры, массаж, часто применяемые в связи с травмой. Метастазирование наступает быстро и бурно, прежде всего в лимфатические узлы, что и характерно для первичной остеогенной саркомы.

В качестве иллюстраций приводится наблюдение с болезнью Педжета с прогрессирующим течением.



Череп



Грудная клетка



Таз



Позвоночник



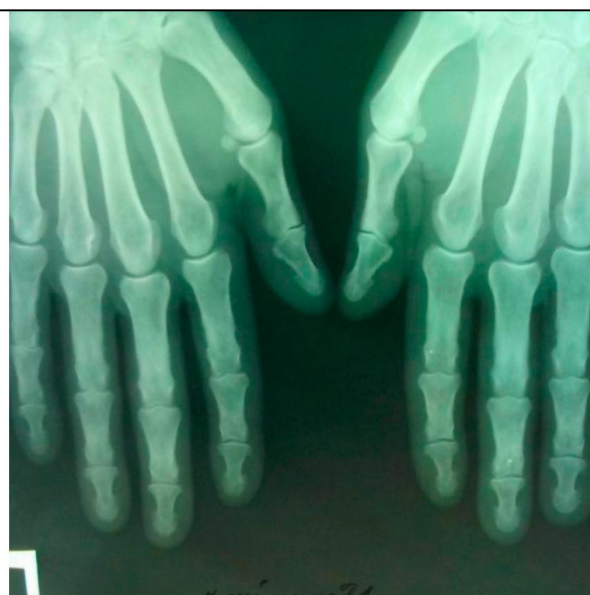
Бедро



Плечевая кость



Голень



Кисти

На рентгенограммах черепа в боковой проекции, правой плечевой кости и плечевого сустава определяется дугообразная деформация длинных трубчатых костей с трабекулярной и ячеистой перестройкой костной ткани со значительным гиперостозом костей свода черепа, ключиц, ребер и длинных трубчатых костей (плечевых). Заметного прогрессирования процесса за 7 лет динамического наблюдения не отмечается. Признаков малигнизации не выявлено. Заключение: Деформирующая фиброзная остеодистрофия (болезнь Педжета) полиоссальная форма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучевая диагностика: костно-мышечная система (пер. с англ.). Райзер. М.: 2011 г. – 384 с.
2. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов. Атлас-руководство (пер. с англ.). Бургенер. М.: 2011. – 552 с.
3. Лучевая диагностика опухолей и опухолевидных заболеваний позвоночника и спинного мозга. Труфанов. С.-Пб.: 2011. – 384 с.
4. Бунчук Н.В. Деформирующий остит: через 100 лет после Дж. Педжета. Русский медицинский журнал. 2001; 9(7-8):271-276.

ТҮЙІН

К.Х. Мухамеджанов мен Г.И. Хуснутдинованың «Педжет ауруының сәулелі диагностикасы» деген мақаласында Педжет ауруының остеогенді саркомамен асқынған және асқынбаған рентгенологиялық көрінісі, қазіргі заманда Педжет ауруының сәулелі диагностикасында қаңқаның санды рентгенографиясы көбірек қолдануы тиіс. Көркемдеуі- негізінен ұзақ жылдар Педжет ауруының қатерлі ісікпен және асқынған метастаз болған бақылаудың нәтижесі.

Түйін сөздер: Педжет ауруы, сәулелі диагностика, санды рентгенография, остеогенді саркомамен асқынған.

SUMMARY

In article of K. H. Muhamedzhanov and G.I. Husnudinova «Radiate diagnosis of the Paget disease» presents the radiologic picture of the Paget disease incompletely and completely of osteogenic sarcoma, in this time in radiologic diagnosis of Paget disease must be mainly of digital radiography of the skeleton. In illustration presents facts of long time supervision of Paget disease with malignisation and metastasis.

Keywords: Paget disease, radiologic diagnosis, digital radiography, complication transition in osteogenic sarcoma.

УДК 616.155.161:612.354.1

АНЕМИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

д.м.н. *Ж. С. Шалхарова*, д.м.н, профессор *Ж. Н. Шалхарова*, *К. Ж. Садыкова*,
к.м.н. *Г. О. Нускабаева*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,

МКТУ им. Х.А.Ясави

АННОТАЦИЯ

В статье обсуждаются проблема анемии при абдоминальном ожирении и метаболическом синдроме, приводится дискриптивный анализ частоты встречаемости анемии при данных состояниях. А также определен уровень сывороточного железа и средний объем эритроцитов у пациентов с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, метаболический синдром, анемия, сывороточное железо, средний объем эритроцитов.