

Сканирование проводилось по разработанной нами методике в реальном масштабе времени, а также в режиме эхогистографии. Кривая амплитудной гистограммы оценивалась в режиме различной амплитудной светимости (от 1 до 256 градаций "серой шкалы") в выбранной и обведенной на экране зоне изображения (зоне интереса).

В результате проведенных исследований получены следующие результаты.

У 8 больных хирургическое лечение признано преждевременным (стадия инфильтрации острого гнойного процесса), консервативное лечение привело к выздоровлению пациентов.

У всех остальных пациентов (28) диагностирована стадия абсцедирования. При помощи УЗИ в режиме серой шкалы оценена топография гнойного образования и выбраны оптимальные разрезы, позволяющие адекватно дренировать гнойные очаги. Осложнений хирургического лечения не было.

#### Выводы.

Ультрасонография в реальном масштабе времени позволяет четко визуализировать гнойные очаги на кисти, позволяет определить их топографию и выбрать рациональные разрезы.

УЗ-гистография позволяет определить стадию течения острого гнойного заболевания и решить вопросы лечебной тактики.

### **К ВОПРОСУ О ЦЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТКЕ ФИБРОАДЕНОМ И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Клюшкин<sup>1</sup> И.В., Пасынков<sup>1,2</sup> Д.В.

<sup>1</sup>*Кафедра общей хирургии (зав. — проф.*

*С.В.Доброквашин), Казанский государственный медицинский университет, Казань,*

<sup>2</sup>*Республиканский онкологический диспансер Республики Марий-Эл (глав. врач — В.В.Поляков),*

*Йошкар-Ола*

#### **Цель.**

Оценить диагностическую ценность выявления васкуляризации в доплеровских режимах в дифференциальной диагностике доброкачественных (фиброаденом) и злокачественных (различные гистологические формы рака) очаговых образований молочной железы.

#### **Материалы и методы.**

Обследовано 92 больных с различными очаговыми образованиями МЖ (фиброденомы - 24 больных, протоковый рак - 32 больных, дольковый рак МЖ - 36 больных). Ультразвуковое исследование проводили на системе SonoAce 8000 (Medison, Ю.Корея) с помощью линейного датчика на 7-10 МГц. Васкуляризацию оценивали с использованием стандартных режимов энергетической доплерографии и цветового доплеровского картирования, поставляемых в программном обеспечении прибора. У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим исследованием операционного материала. Эхоконтрастных веществ при исследованиях не использовали.

#### **Результаты.**

В результате наших исследований были получены следующие данные. Кровоток был зарегистрирован в 18 (75,0%) фиброаденомах; 26 (81,3%) узлах протокового рака и в 29 (80,6%) узлах долькового рака. При этом в образованиях, наибольший размер которых не превышал 1 см кровоток регистрировался только в 2 из 8 фиброаденом, 3 из 9 узлов протокового и в 3 из 10 узлах долькового рака. Регистрация кровотока в узлах протокового рака часто была затруднена вследствие выраженной дистальной акустической тени, не позволявшей регистрировать кровоток в глубине образования. В образованиях с наибольшим диаметром более 2 см кровоток визуализировался во всех случаях независимо от природы образования.

#### **Выводы.**

1. С помощью современной ультразвуковой аппаратуры возможно регистрировать кровоток как в доброкачественных, так и в злокачественных образованиях молочной железы при условии, что их наибольший размер превышает 2 см.

2. Чувствительность современной ультразвуковых сканеров в выявлении васкуляризации как доброкачественных, так и злокачественных очагов в молочной железе малых размеров (1 см и менее) ограничена.

3. Критерий "наличие васкуляризации в узле" не может быть использован в качестве самостоятельного в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных очаговых образований молочной железы при использовании современной ультразвуковой аппаратуры.

### **ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭХОГИСТОГРАФИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЕ**

Клюшкин И.В., Тихонов В.А., Лысенко Р.Г.

*Казанский гарнизонный военный госпиталь;*

*кафедра общей хирургии КГМУ;*

*Казань*

"Цель:" Определение диагностической ценности динамической эхогистографии в контроле за течением раневого процесса и прогнозировании осложнений в послеоперационной ране.

"Материалы и Методы:" 159 больным в возрасте 16-70 лет, оперированным в плановом и экстренном порядке, проведена динамическая эхогистография в послеоперационном периоде соответственно стадиям раневого процесса. Все операции сопровождались разрезом на передней брюшной стенке. Сравнивалась ультразвуковая картина на стороне оперативного вмешательства с контралатеральной стороной.

"Результаты:" В 131 случае эхогистографическая картина свидетельствовала о благоприятном течении раневого процесса. Выделены его эхогистографические варианты.

У 28 пациентов прослежено неблагоприятное течение репаративного процесса. Его эхографическими

вариантами являлись: появление в области раны жидкостных полостных образований, увеличение размеров наблюдаемых образований, появление новых образований, изменение структуры образования. Эхогистографию проводили во всех случаях с целью неинвазивной верификации содержимого полостного образования. Разработаны количественные данные различных тканей. Для определения основных показателей диагностической значимости и достоверности предлагаемой методики при статистической обработке, сопоставлены данные динамической эхогистографии с данными, полученными во время инвазивных вмешательств в течение раневого процесса.

"Обсуждение:" Проведенная работа свидетельствует о необходимости динамической эхогистографии неблагоприятного течения репаративного процесса, что существенно изменяет тактику ведения больных, приводит к сокращению сроков лечения.

"Выводы:" 1. Динамическая эхогистография позволяет проводить динамическое наблюдение за течением раневого процесса и прогнозировать развитие осложнений в послеоперационной ране.

2. Посредством эхогистографии возможно выделить количественные характеристики мягких тканей на сроках раневого процесса.

#### **ПРИЖИЗНЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ КРОВОПОДТЕКОВ СОВРЕМЕННЫМИ СПОСОБАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

Клюшкин И.В., Харин Г.М., Газизянова Р.М.

*Кафедра общей хирургии,*

*Кафедра судебной медицины*

*Казанского государственного*

*медицинского университета,*

*Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Татарстан*

Одним из наиболее часто встречающихся видов повреждений, причиненных тупым твердым предметом, являются кровоподтеки, возникающие вследствие кровотечения из мелких поврежденных кровеносных сосудов в мягкие ткани.

По данным Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Татарстан ежегодно в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц проходит до 24229 экспертиз. Из них 10668 обследований (44,03%) проведено по поводу судебно-медицинской оценки кровоподтеков, давность образования которых по традиции определяется по изменению окраски кожи в области кровоизлияния.

Кровоподтеки являются объективными показателями механического воздействия, указывают на место приложения силы, в некоторых случаях позволяют определить особенности орудия и, практически всегда, указывают на насилие.

Одним из основных вопросов, решаемых при проведении судебно-медицинского освидетельствования (экспертизы), является вопрос о давности образования кровоподтеков.

Произведенный нами анализ литературы показал, что на протяжении многих лет исследователи занимались получением достоверных данных о сроках кровоподтеков.

Упоминания о необходимости и методах определения давности кровоподтеков отмечались в трудах многих авторов (Э.Гофман (1880), Н.А.Оболонский (1894), А.С.Игнатовский (1912), Н.С.Бокариус (1930), Д.П.Косротов (1931), М.И.Райский (1953), Н.В.Попов (1946, 1950), М.И.Авдеев (1950, 1953, 1959, 1960, 1966)), которые рекомендовали определять давность образования их на основании зрительного восприятия цвета. В настоящий момент определение давности образования кровоподтеков у живых лиц проводится на основе определения цвета кровоподтека. К сожалению, схемы «цветения» кровоподтеков значительно отличались одна от другой, допускались колебания в определяемых сроках в пределах 3-5 суток.

Отсутствие доказательности и большая степень субъективности определения сроков давности кровоподтеков - все это заставило ученых искать методы медицинской визуализации дающие более объективные данные.

Определением активности фермента сукцинатдегидрогеназы в прижизненных кровоподтеках занимался В.В.Смирнов (1973). Он выявил повышение активности фермента в области кровоподтека сразу после травмы и снижение концентрации его по истечении определенного промежутка времени. Однако этот метод громоздок и инвазивен.

Комплекс электрофизиологических методов исследования кровоподтеков на живых лицах применил Г.В.Ананьев (1986), который с помощью указанного метода установил давность образования их с высокой эффективностью: в первые двое суток в интервалах 3,39-5,61 часа, в более поздние сроки (до 3-х недель) в интервалах 14-26,5 часа. Метод достаточно достоверен, однако требует специального материального оснащения.

Попытки установления давности образования кровоподтеков посредством рентгенологических методов исследования (С.Ф.Винтергальтер, П.П. Щеголев (1962)) не дали результата.

Предложенный В.И.Пашковой (1949) метод исследования кровоподтеков путем фотографирования в инфракрасных лучах также не нашел распространения.

В последние годы появились работы по определению давности образования кровоподтеков, основанном на изменении коэффициента теплопроводности в области кровоподтека как у трупов, так и у живых лиц. Это обусловлено выходом крови из сосудистого русла и ведет к повышению давления в области повреждения (В.А.Акбашев 2001, А.А.Евстафьев 2000). К сожалению, данный метод исследования достаточно сложен и не всегда может использоваться.

Таким образом, на сегодняшний день существует необходимость инструментального исследования кровоподтеков у живых лиц, как объективного и достоверного средства определения давности образования их.

Наше внимание привлекли данные об использовании ультразвука в оценке сроков кровоподтеков.