

РЕНТГЕНО-УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ГЕМАТОМЫ

Г.К. АСКАРОВА

Горская поликлиника №20, г. Алматы

Гетеротопические оссификации (образование костей в мягких тканях) являются одним из осложнений травм опорно-двигательного аппарата, таких как ушиб мышц и суставов, растяжение связок, вывих конечности и др. В литературе имеются единичные сообщения об образовании оссификатов в мышцах после их растяжения или разрывов. Вместе с тем в спорте разрывы мышц являются одними из распространенных травм, и осведомленность врача о возможности данного осложнения и способствующих этому факторов может помочь предупредить его и в конечном итоге свести к минимуму потерю спортивной трудоспособности. Внескелетный остеогенез, нередко наблюдаемый после травм опорно-двигательного аппарата – сложное явление, сущность которого до сих пор нельзя считать полностью выясненной. В диагностике осложнения гематомы в виде оссификации были использованы клинический, рентгенологический, радионуклидный, тепловизионный и морфологический методы исследования. Ультразвуковая диагностика оссификата мало изучена и требует дальнейшей разработки.

Цель исследования – провести сравнительную оценку возможностей методов визуализации (рентгенологического и ультразвукового) в диагностике оссифицирующей гематомы мягких тканей травматического генеза.

Под моим наблюдением находились 23 больных, у которых по данным анамнеза и жалоб ранее имела место травматическая гематома мягких тканей, которая осложнилась оссификацией. Мужчин было 20, женщин – 3. Основная масса больных была в возрасте до 30 лет, были больные и старше 60 лет.

Причиной оссифицирующей гематомы были спортивная травма, внеуставные отношения у военнослужащих, операция, введение наркотиков. Чаще всего оссификат выявлялся в области бедра, на втором месте плечи и голени. Клинически при пальпации определяются уплотнение, а также болезненность соответствующей мышцы, особенно при физической нагрузке. До внедрения метода ультразвуковой диагностики основное значение в диагностике имело рентгенологическое исследование. По данным исследователей оно позволяет выявить оссификаты в сроки от 16 дней до 6 месяцев после травмы. Всем больным проводилась рентгенография соответствующей области в двух проекциях и сонография.

Жалобы на боль и припухлость в мягких тканях на месте бывшей гематомы, которая усиливается при физической нагрузке, вынуждают больного обращаться к травматологу, который направляет на рентгенологическое и ультразвуковое исследование. Рентгенологическая картина мягких тканей пораженной конечности была различной в зависимости от длительности наличия оссификата, вначале проявляется малоинтенсивная облаковидная тень различной формы и величины. Со временем постепенно интенсивность тени нарастает. Контуры в ранние сроки нечеткие, в более поздние сроки четкость контуров возрастает. Необходимо указать, что тень обызвествления не имеет связи с костными структурами скелета.

При ультразвуковом исследовании сонографическая картина оссифицирующей гематомы зависит от степени зрелости вновь образованной костной ткани. На со-

нограммах обнаруживается характерная, но в каждом индивидуальном случае оригинальная неповторимая картина. Костная ткань на эхограмме представлена в виде эхоплотного образования, дающего за собой акустическую тень. В начальных стадиях формирования оссификации на месте гематомы, при длительности заболевания не более 1,5 месяца, сонографическая картина представлена в виде отдельных глыбок эхоплотных образований, но с неровными, четкими контурами, дающими за собой слабую акустическую тень. При этом форма их была неправильной, структура повышенной эхогенности, превышающей эхогенность окружающих мягких тканей. Оссификат представлен в виде эхоплотных образований, имеющих склонность к слиянию. Очаги оссификации располагаются в мягких тканях, чаще в мышечной. Эта стадия развития оссификата на рентгенограмме не визуализируется. При ультразвуковом исследовании оссифицирование гематомы выявляется раньше, чем при рентгенологическом исследовании, что особенно важно при выборе тактики лечения. Оссификаты по истечению времени становятся более плотными, визуализируются в виде линейного эхоплотного образования, дающего за собой выраженную акустическую тень. Контур оссифицирующих миозитов неровные, четкие, структура гематомы становится неоднородной с множественными участками повышенной эхогенности, которые отделены друг от друга гипоехогенными прослойками. Ультразвук имеет способность проникать и отражаться, создавая внутреннюю эхоструктуру участков обызвествления. В более поздних стадиях оссифицирующего миозита ультразвук не проникает в глубину оссифицированных участков, а отражается и поглощается в самых поверхностных слоях оссификата, при этом состояние структуры становится недоступным изучению. Для полного представления об объеме пораженных участков проводятся полипозиционные исследования, дающие возможность судить о структуре, форме и размере оссификата. В тканях, окружающих оссификат, определяется гипоехогенная кайма, как следствие асептического воспалительного процесса с гиперемией и расширением сосудов. Изучение сократительной способности мышц в М-режиме выявляет в начальных стадиях оссифицирующего миозита снижение сократительной способности мышц пораженного участка. При далекозашедших стадиях оссифицирующего миозита сократительная способность мышц в М-режиме снижается вплоть до полного его отсутствия.

При рентгенологическом исследовании в начальных стадиях оссифицирующего миозита изменение в мышечной ткани не визуализируется из-за неспособности поглощать рентгеновские лучи, на рентгенограмме оссификаты мало отличаются от окружающих мягких тканей. В то же время при сформировавшемся оссификате рентгенологическое исследование позволяет установить форму, размеры, контуры, структуру оссификата. При ультразвуковом полипозиционном сканировании участки оссификации отграничены от кости, что является дифференциальным диагностическим признаком от другой костной патологии (опухолей костей, экзостозов и т.д.).

Следующий момент – это оценка эффективности проводимого оперативного вмешательства по поводу

оссифицирующей гематомы. При наличии обызвествления в виде единого конгломерата при операции оссификат удаляется весь одномоментно, но отдельные рентгенонегативные фрагменты обызвествления могут быть оставлены. Я при ультразвуковом исследовании выявляла множественные очаги обызвествления. Считаю, что возможность визуализации оставленных оссификатов является достоинством сонографии.

Выводы

Рентгенологические и ультразвуковые исследования позволяют выявить оссифицирующий миозит в различных стадиях оссификации. В начальных стадиях проявления оссифицирующего миозита можно проводить консервативное лечение, направленное на попытку рассасывания фиброзных участков, но при поздних стадиях, когда имеется сформировавшаяся новая костная ткань, консервативное лечение становится неэффективным, поэтому этим больным рекомендуется оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Корнилов Н.Б. Травматология и ортопедия. 2001; 2. Соколов В.А. Множественные и сочетанные

травмы. 2006; 3. Котельников Г.Б., Мирошниченко В.Ф. Закрытые травмы конечностей. 2009.

ТҰЖЫРЫМ

СҮЙЕКТЕНЕТИН ҚАНДЫ ІСІКТЕРДІҢ РЕНТГЕН-УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Г.К. Аскарова

№20 қалалық емхана, Алматы қ.

Оссификат гематомасын анықтаудағы рентгенологиялық және сонографиялық зерттеу әдістерінің мүмкіншіліктері берілген. Сонография оссификат гематомасының жеке дербестік, ерекше, қайталанбас бейнесін көрсетеді. Емдеудің жезеге асуын бағалауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

X-RAY AND ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF OSSIFYING HAEMATOMA

G.K. Askarova

City polyclinic №20, Almaty c.

In article X – Ray and ultrasound methods of research in diagnostic of the ossification hematomas are stated. Advantages sonography opportunities are shown. Opportunities of an estimation of efficiency of treatment.

СОДЕРЖАНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Шарманов Т.Ш., Шакиева Р.А., Сулейменова Д.С. Распространенность остеопороза среди населения старших возрастных групп по данным сонографических скрининговых исследований в Республике Казахстан	2
Бекмухамбетов С.К. Взаимосвязь количества госпитализированных больных, возрастной структуры и показателей летальности за определенный период	5
Баймаганбетова К.С. Анализ динамики и структуры летальности в Центре психического здоровья, г. Алматы	7

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Алиев М.А. Сравнительные результаты хирургического лечения острых внутричерепных гематом по данным клиники	10
Алиев М.А. Нейрохирургическое лечение повреждений нижнешейного отдела позвоночника	12

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Бабаджанов Б.Д., Жанабаев Б.Б. Патогенетическое лечение нейропатической формы синдрома диабетической стопы	14
--	----

КАРДИОЛОГИЯ

Омарова А.Т. Артериальная гипертензия	16
Стафеева И.Ю., Соколова Л.Ю., Нуркина Н.М. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности в сочетании с нарушениями ритма	17
Несипбаева Ш.У. Проблема ишемической болезни сердца с коморбидной хронической обструктивной болезнью легких	19
Досанова Г.К. Качество жизни больных с ишемической болезнью сердца	20
Кусумжанова Д.К. Применение комбинированной терапии больным артериальной гипертензией	21
Кусумжанова Д.К. Изучение уровня цитокинов крови у больных инфарктом миокарда	22
Нурсултанова Л.Н. Коррекция артериальной гипертензии у больных с хронической почечной недостаточностью	23
Уменова Г.Ж. Опыт применения Милдроната в терапии ИБС	24

РЕВМАТОЛОГИЯ

Ержанов О.Н., Алиханов Д.С., Турекулова А.А. Хондроитинсульфат в лечении остеоартроза коленных суставов	26
Кравец Л.В. Сочетанное применение магнитотерапии и ультрафонофореза кремом Долгит в терапии пациентов с остеоартрозом коленных суставов	28

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

Завьялов О.В. Острая почечная недостаточность в послеоперационном периоде в реанимационной практике	30
---	----

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Юсупова Т.С. Бактериальный вагиноз	32
Юсупова Т.С. Пиелонефрит у беременных	33
Билдебекова З.Б. Генитальные кондиломы	35
Билдебекова З.Б. Урогенитальный хламидиоз у женщин с невынашиванием беременности	37

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Байгушева М.М. Клиническая эффективность препарата адвантан при лечении хронических аллергодерматозов	39
Меденова Г.А. Рациональная наружная терапия аллергодерматозов	40

СТОМАТОЛОГИЯ

Амирова А.Г. Мелкие инструменты, используемые терапевтами-стоматологами	42
Амирова А.Г. Профилактические задачи ортопедического лечения (клинические примеры)	43

ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА

Жумажанов Н.А. Оценка состояния здоровья у подростков по результатам освидетельствования поступающих на военную службу (ВУЗЫ)	45
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Молдахынова А.З. Эффективность закаливания детей раннего возраста	46
Омарова А.Т. Железодефицитная анемия у детей и подростков	48
Молдахынова А.З. Питание ребенка до одного года жизни	49
Нугманова А.М., Чингаева Г.Н., Кабулбаев К.А., Шепетов А.М. Сердечная недостаточность у детей с хронической болезнью почек	50
Сауырбаева Л.А. Рентгенодиагностика туберкулеза внутригрудных лимфоузлов и первичного туберкулезного комплекса у детей	52

ТЕРАПИЯ

Нурланова А.А. Жетел: негізгі емдеу жолдары және диагностикасы	53
--	----

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Юнцова О.М. Применение препарата Живая клетка VII в комплексном лечении возрастной макулодистрофии	57
Юнцова О.М. Эффективность препарата Морской кальций с железом при лечении миопии у детей в амбулаторных условиях	58
Юнцова О.М. Применение препарата вобилон в комплексном лечении диабетической ретинопатии	60

ГЕПАТОЛОГИЯ

Нурсултанова Л.Н., Жанкалова З.М. Алкогольная болезнь печени у лиц, длительно употребляющих алкогольные напитки	62
---	----

ПСИХИАТРИЯ

Несипбаева Ш.У. Соматоформные расстройства в практике участкового терапевта	64
Пиржанова Б.М. Кризисные ситуации при чрезвычайных ситуациях	65

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

Кадеева Г.И., Сулейманова И.Т., Квак Е.В. Принципы ранней терапии больных хронической болезнью почек в условиях первичной санитарно-медицинской помощи Южно-Казахстанской области	66
---	----

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Кузденбаева Р.С., Испаева Ж.Б., Нугманова Д.С., Нургожин Т.С., Гуляев А.Е., Пак А.М., Козлова И.Ю., Тусупбекова Г.М., Туремуратова Ш.К., Бедарева Л.С., Имангалиева Л.Т. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких: пути повышения эффективности помощи пациентам	68
Ногаева М.Г. Эффективность препарата Предуктал MR в лечении больных ишемической болезнью сердца	70
Нурушева К.К., Шалова Ш.С. Современный подход к гиполипидемической терапии: Ультрокс – статин нового поколения	71
Хасенова Г.П. Опыт применения Ацеклорана у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника	73
Досанова Г.К. О проблеме применения антибактериальных препаратов при острых респираторных заболеваниях	75
Тихомирова А.С. Оценка антигипертензивной эффективности препарата Престариум 10 мг у пациентов с артериальной гипертензией и сердечно-сосудистым риском, находящихся на стационарном лечении	77
Голубцова Е.Н., Велиев Е.И. Современные подходы к фармакотерапии гиперактивного мочевого пузыря	80

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Аскарова Г.К. Рентгено-ультразвуковая диагностика оссифицирующей гематомы	84
---	----