

— при повреждении сустава типа Тосси 3 разорваны все связки, связывающие ключицу, акромиальный и ключевидный отростки лопатки.

Среди пострадавших мужчин было 79,6%, лиц трудоспособного возраста — 83,7%.

При изучении амбулаторных карт обратило на себя внимание значительное преобладание повреждения правого (59 случаев — 60,2%) сочленения над левым (39 случаев — 39,8%). Изучая причину получения данного повреждения, мы установили, что оно вызвано падением на вытянутую руку у 21 пострадавшего, падением на плечо, то есть в результате

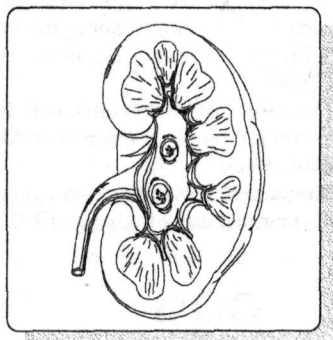
прямого насилия — у 66 (67,3%) чел. Большинство пациентов за медицинской помощью обратились в первые сутки — 63 чел., до 2 сут — 12 чел., позднее 2 сут — 6, позднее 3 сут — 17 чел. Замечено, что чем тяжелее повреждение, а также, если больной трудится на производстве, тем раньше он обращается за медицинской помощью. Подавляющему большинству пострадавших (72,4%) в целях уточнения диагноза проводилось рентгенологическое исследование, при котором было выявлено:

— отсутствие изменений	22 чел.;
— подвывих ключицы	32 чел.;
— вывих ключицы	17 чел.

Лечение больных проводилось созданием иммобилизации либо мягкой, либо гипсовой повязкой Дезо, закрытой репозицией или оперatively. Консервативно лечилось 83 пациента, оперировано 15 чел. Срок внешней фиксации зависел от степени сочленения.

Л и т е р а т у р а

1. Свердлов Ю.М. Травматические вывихи и их лечение. М.: Медицина, 1978.
2. Юмашев Г.С. Травматология-ортопедия. М.: Медицина, 1983.
3. Бабич Б.К. Травматические вывихи и переломы. Киев: Здоровья, 1968.



УДК 616.61 - 003,4:616.61 - 008.64 - 036.11 - 08

А.И. Чайка, А.В. Байбаков, Я.Н. Похиль

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПОЧЕК

Дальневосточный государственный медицинский университет;
поликлиника медико-санитарной части УВД Хабаровского края,
г. Хабаровск

Мультилокулярная киста (МК) — диспластический порок развития ограниченного участка почки. В одном из полюсов, чаще в нижнем, образуется многокамерная тонкостенная полость, состоящая из массы мелких кист, не сообщающихся между собой из-за наличия соединительно-тканых перегородок, которые не имеют почечной паренхимы и выстланы кубическим эпителием [1].

Кисты заполнены серозной или кровянистой жидкостью, хорошо ограничены от окружающей паренхимы почек и не сообщаются с чашечно-лоханочной системой, таким образом, пораженная почка может хорошо функционировать. МК долгое время протекает бессимптомно.

Дифференциальная диагностика кистозных образований почек, особенно с нагноением или кровоизлиянием (осложненных), с гематомами, абсцессами почек, а также диагностика жидкостных образований с неоднородным содержимым и мягкоткаными компонен-

тами представляет определенные сложности.

Первичное ультразвуковое исследование позволяет выявить кистозное образование почек, его локализацию, отношение к почечному синусу. Экскреторная урография выявляет изменения, характерные для объемных образований почек: оттеснение чашечек и их деформацию, удлинение шеек чашечек, деформацию лоханки, но все эти изменения неспецифичны для кистозных образований.

При определении жидкостных образований в паренхиме почки с неоднородным содержимым, неровными, нечеткими контурами, перегородками дальнейшим этапом является компьютерная томография (КТ). Возможность не только изучать исследуемый объект, но и проводить прямой денситометрический анализ с измерением в единицах Хаунсфилда (НУ) является существенным преимуществом КТ.

Косвенными признаками ослабления большинства мягких тканей, паренхиматоз-

ных органов, лимфатических узлов и кровеносных сосудов находятся в пределах +20... +70 НУ. Жировая ткань — более низкой плотности (- 30... - 120 НУ), жидкостей - 0... +20 НУ [3].

Магниторезонансная томография (МРТ) — более информативный метод при обследовании больных с жидкостными образованиями паренхимы почек, обладает более высокой контрастной разрешающей способностью при исследовании паренхиматозных органов и рекомендуется при неэффективности КТ, УЗИ [2].

К существенным недостаткам метода относится значительная продолжительность исследования и связанные с этим проявления клаустрофобии у некоторых пациентов, а также большая, в сравнении с КТ, стоимость исследования, особенно при введении контрастных препаратов. Во всех случаях при сохранении сомнений в отношении доброкачественности жидкостного образования необходимо прибегать к открытым оперативным пособиям.

Описание наблюдения

Пациент, 1954 г.р., страдающий ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, ФК 2, направлен участковым терапевтом на УЗИ почек в связи с регистрацией в последнее время высоких цифр артериального давления. Субъективно жалоб на дизурические явления, боли в поясничной области не предъявлял.

По данным УЗИ: в области верхнего полюса правой почки паранефрально определяется образование кистозно-солидной структуры, представленное несколькими полостными образованиями с солидным компонентом в центре, с нечеткими и неровными контурами размером 7,7 7,8 см.

Заключение: УЗИ-картина мультилокулярной кисты правой почки, дифференцировать с опухолью. Экскреторная урография: сдавлена и деформирована верхняя группа чашечек правой почки, выведение контрастного вещества из почки удовлетворительное.

Заключение: рентгенологическая картина объемного образования верхнего полюса правой почки.

Результат КТ: на серии томограмм, выполненных по стандартной программе с толщиной томографического среза и шагом томографии в 6 мм, в верхнем полюсе правой почки, субкапсулярно, визуализируется очаг неомогенно пониженной от -8 до +14 НУ-плотности, овальной формы размерами 4,4 4,1 3,8 см, с достаточно четким контуром; в проекции правого надпочечника, спереди прилегая к верхнему полюсу почки, опре-

деляется образование с четким контуром размерами 5,1 4,4 2,8 см, неомогенное, плотностью до 24 ед. НУ и очагами пониженной до 3 ед. НУ-плотности, с нечетким контуром, более смещенными к периферии. Чашечно-лоханочная система незначительно расширена; паранефральная клетчатка не изменена; забрюшинные лимфоузлы не увеличены.

Заключение: КТ-признаки ангиолипомы верхнего полюса правой почки и объемного тканевого образования правого надпочечника (более вероятно, кортикостеромы).

С целью уточнения диагноза была проведена МРТ: на серии МР-томограмм брюшной полости и забрюшинного пространства — почки обычных размеров и формы. В верхней трети правой почки определяется объемное образование жидкостного характера, неправильной формы, с четкими неровными контурами, наличием перегородок, однородным содержимым, достаточно равномерной толщиной стенки в 3-4 мм; размеры образования — 7,8 4,8 6,9 см; данное образование имеет выраженный экстракapsулярный компонент.

Заключение: МР-признаки объемного образования верхнего полюса правой почки, вероятнее всего, имеет место сложная киста.

Признаки возможного злокачественного процесса, обнаруженные при УЗИ, являются показанием к уточняющей диагностике и оперативному вмешательству. Последующая диагностика (КТ, МРТ) не привела к единому диагностическому знаменателю. Была проведена

операция: люмботомия справа, энуклеация кисты верхнего полюса правой почки. Гистологическое исследование: мультилокулярная киста правой почки.

Выводы

Настоящее наблюдение свидетельствует о том, что, несмотря на применение современного арсенала диагностических методов, четкое следование передовым диагностическим алгоритмам, лучевая верификация жидкостных образований почек, исключение возможного злокачественного процесса в них, в ряде случаев весьма затруднительна. Так, КТ не всегда позволяет выявить перегородки в полости кисты, определяемые при УЗИ. МРТ — достаточно дорогой и не всегда доступный метод диагностики.

Целью описания данного клинического случая является необходимость большей онкологической настороженности при выявлении образований, не полностью отвечающих критериям кисты по данным УЗИ.

Литература

1. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. К.: Здоровья, 1987.
2. Беленков Ю.Н., Терновой С.К., Беличенко О.И. Клиническое применение МРТ с контрастным усилением. М.: Видар, 1996.
3. Габуния Р. И., Колесникова Е. И. КТ в компьютерной диагностике. М.: Медицина, 1995.
4. Митьков М.В. Клиническое руководство по УЗИ-диагностике. М.: Видар, 1996.

