

изменения гиппокампа (24%), очаговые изменения и другая патология — по 12%. В группе 25–60 лет: очаговые изменения (23%), склерозные изменения гиппокампа (8%), последствия ОНМК (4%), ангиома (4%) и другая патология (4%). Старше 60 лет: последствия ОНМК (50%) и очаговые изменения головного мозга (50%).

Выводы: В ходе нашей работы нам удалось выявить возможные этиологические факторы в возникновении фармакорезистентной эпилепсии, ими оказались: склероз гиппокампа, кортикальная дисплазия височной доли, ангиома, туберозный склероз, последствия ОНМК.

Литература.

1. Никифоров, А.С. Частная неврология [Текст]: учеб. пособие / А.С. Никифоров, Е.И. Гусев. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 768 с.
2. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология в 4-х томах. 2008–2012.

МР-ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ

Ловицкая К.С.

Научные руководители: д.м.н. профессор Рязанов В.В., д.м.н. Ветров В.В.,
к.м.н. доцент Сотникова Е.А.

Кафедра современных методов диагностики и радиолучевой терапии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Во второй половине беременности при многоплодии с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) фактически невозможно определить точно количество плацент при их близком расположении друг к другу, что важно при гибели одного из плодов.

Цель исследования. Уточнить возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) для оценки характера плацентации при гибели одного из плодов при двойне.

Материалы и методы: Представлены результаты исследования пациентки К., поступившей в перинатальный центр (ПЦ) СПбГПМУ по поводу беременности 33 недели с антенатальной гибелью одного из плодов при двойне.

Результаты: С помощью МРТ было установлено, что беременность дихориальная, диамниотическая и была выбрана консервативная тактика по сохранению беременности. Через неделю у женщины самопроизвольно отошли околоплодные воды, было выполнено срочное кесарево сечение с рождением живого плода с оценкой по Апгар 7/8 баллов, массой тела 2000 гр. Выписаны домой на 10 суток после родов.

Вывод: метод МРТ может использоваться в спорных ситуациях для уточнения диагноза.

Литература.

1. Иванов Д.О., Полякова Е.В., Рязанов В.В. Практическая ультразвуковая диагностика. Том 4. Ультразвуковая диагностика в акушерстве. — Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 184 с.
2. Colletti P.M., Sylvestre P.B. Magnetic resonance imaging in pregnancy. 1994. С. 291–307.

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА РАКА ЛЁГКОГО

Обухова А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Рязанов В.В.

Кафедра современных методов диагностики и радиолучевой терапии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: ежегодно в России заболевают раком легкого свыше 63 000 человек, и более 20 000, или 34,2%, выявляются в IV стадии заболевания. В структуре онкологической заболеваемости мужчин России рак легкого занимает 1-е место и составляет 25%, доля рака легкого среди женского населения — 4,3%.[1]

Цель исследования: изучить различные подходы и методы по диагностике рака легкого на современном этапе.

Материалы и методы: В качестве материалов брались данные последних исследований по этой проблематике и рекомендации Европейского союза и Британского торакального общества.

Результаты: были изучены и проанализированы различные системы оценок по диагностике рака легкого. К ним относились скрининговые программы, направленные на повышение выявляемости рака легкого на ранних стадиях, такие как –NELSON, DANTE, DLCST, I TALUNG, LUSI, MILD, UKLS, программы с низкодозовой лучевой нагрузкой [2]. Определены общие РГ и КТ признаки рака лёгкого на разных стадиях заболевания, а также выявлены значимые дифференциально -диагностические признаки при различных клинических формах рака лёгкого.

Вывод: Таким образом, были определены современные критерии диагностики рака лёгкого и выбраны наиболее эффективные программы КТ- скрининга.

Литература

1. radiology24.ru. статья НИИ онкологии им. Проф. Н.Н. Петрова Минздрава РФ.

«СТАТИСТИКА РАКА ЛЕГКОГО (ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ)» ВИЗУАЛИЗАЦИЯ «КОРОНЫ СМЕРТИ» И РЕДКИХ СОЧЕТАНИЙ АБДОМИНАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Петров А.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Багатурия Г.О.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Описано всего 463 случая грыжи запирающего отверстия [2]. Их хирургическое лечение нередко осложнялось летальными кровотечениями из аномально расположенных артерий. Не менее редко наблюдается случай одновременного возникновения паховой и бедренной грыж у больного, не диагностированных до операции;

Цели исследования: Изучить топографо-анатомические особенности редких форм абдоминальных грыж и различных вариантов отхождения запирающей артерии; построить 3D-модель данной области;

Материалы и методы: Анализ отечественной и зарубежной научной литературы, архивных данных КТ-ангиографии пациентов с сосудистой аномалией. Использование для создания 3D-модели программы Simpleware ScanIP (компания Synopsys), Autodesk Meshmixer, PowerShape и RadiAnt DICOM Viewer;

Результаты: «Корона смерти» — это анастомоз между запирающей артерией, отходящей чаще всего из системы внутренней подвздошной артерии и отдающей лобковую ветвь, и нижней надчревной артерией, отходящей от наружной подвздошной и отдающей запирающую ветвь. Лобковая и запирающая ветви анастомозируют между собой. Выбор рационального доступа исключает повреждение аномально расположенной запирающей артерии, формирующей т. н. «корону смерти» вокруг шейки грыжевого мешка [3]. Построение индивидуальной трехмерной модели на основе КТ и ангиографии позволяют выявить в предоперационном периоде наличие такой аномалии сосудов у данного больного. В противном случае повреждение зоны анастомоза чревато трудноостановимым кровотечением, которое может закончиться летальным исходом [1]. В редких случаях грыж создание трехмерной модели помогает выявить и другую, имеющуюся у пациента аномалию, например, одновременное возникновение двух грыж в соседних областях брюшной полости — паховую и бедренную грыжи;

Выводы: Визуализация грыж, построение виртуальной 3D модели с последующим предоперационным планированием убеждают хирурга в пользу применения лапароскопической