

При исследовании артерий культы комплекс интима-медиа не изменен. Диаметр ОБА на уровне паховой связки сужен до 0,68 см (диаметр правой ОБА на этом уровне 10 мм). ГБА справа и слева на симметричных уровнях равные (0,45–0,5 см).

Диаметр ПБА — 0,49 см в устье, в терминальном отделе — 0,32 см. При сравнительном исследовании отмечается ее редукция в гунтеровом канале (справа — 0,75 см, слева — 0,5 мм). ПБА прослеживается на расстоянии до 5 см от края культы, в терминальном отделе лоцируются неравномерные пристеночные наложения, стенозирующие просвет до 60–65 %.

Кровоток по указанным артериям магистрального типа, линейные скорости кровотока по ОБА — 0,75 см/с, по ГБА — 0,68 см/с, по ПБА — 0,47 см/с (рис. 82, а, б).

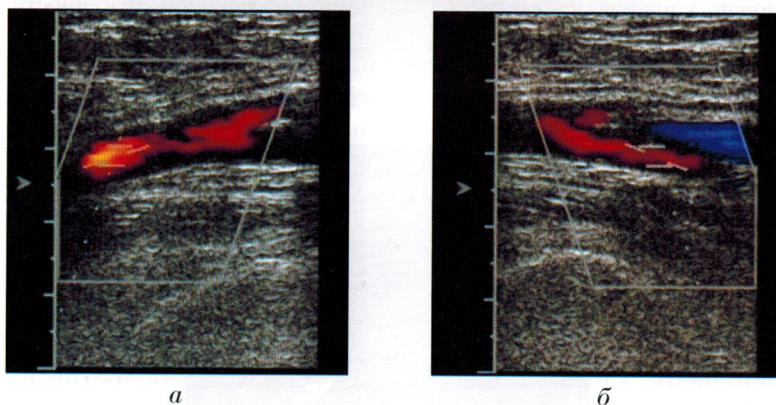


Рис. 82. Эхограммы сосудов культы левого бедра раненого З., 1982 г. р., в проекции устья бедренной артерии лоцируются неравномерные пристеночные наложения

Вены культы левого бедра (ОБВ, ПБВ, ГБВ) проходимы, просвет свободен, кровоток по всем отделам сохранен, синхронизирован с дыханием, признаков клапанной недостаточности не выявлено.

Таким образом, ультразвуковой метод позволил установить детали, характеризующие изменения мягких тканей, которые

не были выявлены при проведении стандартной и микрофокусной рентгенографии, выявить распространенность воспалительной инфильтрации, определить характер кровотока в магистральных сосудах ампутированной конечности.

После проведенных лучевых исследований выполнена хирургическая обработка, дренирование воспалительного очага в области послеоперационного рубца. Пациенту назначена антибактериальная терапия, местное лечение раны культы.

Через 6 дней проведена СКТ, которая подтвердила наличие вторичных диффузных инфильтративных изменений мягких тканей культы левого бедра, краевых остеофитов костного опиала, редукцию левой бедренной артерии.

Протокол СКТ (с болюсным контрастным усилением): левое бедро ампутировано на уровне средней трети. В мягких тканях культы множественные мелкие включения металлической плотности — осколки. Костный опил имеет мелкие остеофиты до 0,8–1,1 см в дорзальном направлении и выраженные бахромчатые латеральные костные разрастания. Костный опил полностью не закрывается мышечным лоскутом. С медиальной стороны кость прикрыта только подкожно-жировой клетчаткой.

В мягких тканях дистальных отделов культы (протяженностью около 6 см), преимущественно задних и в латеральных отделах, определяется выраженная неоднородность мягкотканых структур за счет воспалительной инфильтрации. В задненаружных отделах на фоне инфильтрации визуализируется очаг до 2 см с наличием свищевого хода, с пузырьками газа (рис. 83).

Редукция размеров левой бедренной артерии начинается уже с уровня паховой связки (диаметр правой ОБА 1 см, левой — 0,7 см). Диаметр ПБА в гунтеровом канале справа — 0,75 см, на аналогичном уровне левого бедра — 0,5 см.

В дальнейшем, в процессе лечения, проводилось динамическое наблюдение выявленных изменений.

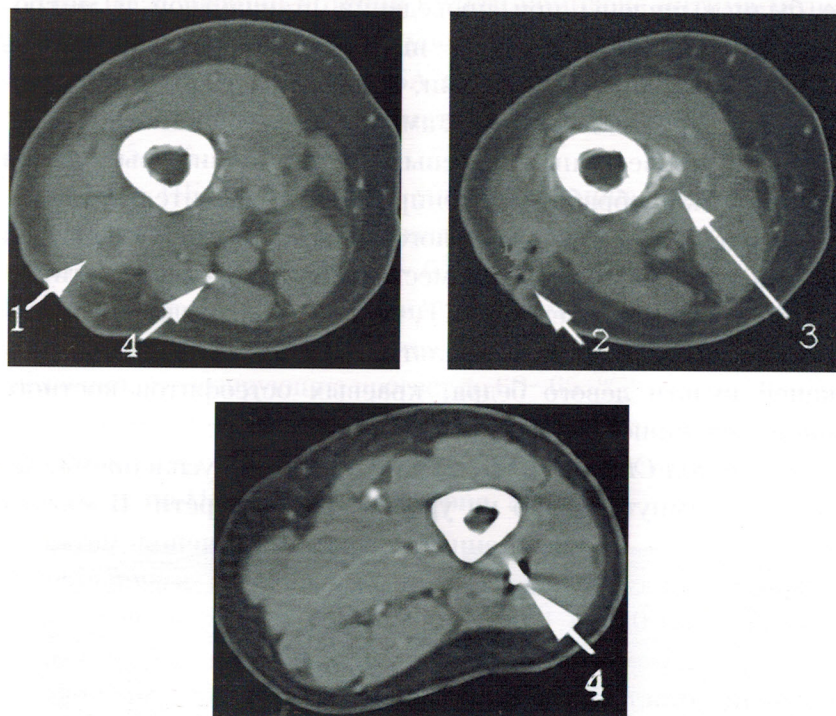


Рис. 83. Спиральные компьютерные томограммы культи левого бедра раненого З., 1982 г. р.:

- 1 — ограниченные воспалительные изменения мягких тканей;
- 2 — свищевой ход с пузырьками газа;
- 3 — параоссальный оссификат;
- 4 — инородные тела металлической плотности

На 10-е сутки при УЗИ отмечались более четкие контуры воспалительного очага, размеры которого уменьшились до 2,5–1,6 см. Эхогенность окружающих мягких тканей повысилась, при ЦДК определялись единичные сигналы малой интенсивности по периферии очага.

Через 2 недели по сравнению с данными предыдущих УЗИ свищевой ход закрылся. Размеры инфильтрата уменьшились до 1,4–1 см, контуры его четкие, окружающие мягкие ткани структурны. При ЦДК кровоток не лоцируется (рис. 84).

При осмотре культи левого бедра на 20-е сутки от начала лечения в стационаре: свищевой ход закрылся, отделяемого

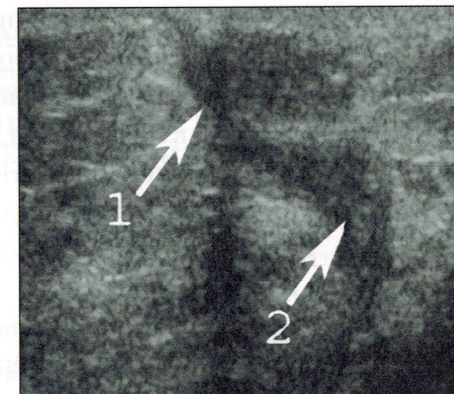


Рис. 84. Эхограмма культи левого бедра раненого З., 1982 г. р., в динамике (В-режим). Свищевой ход (1) закрылся, инфильтрат уменьшился в размерах, эхогенность его повысилась, эхоструктура неоднородная

нет. Инфильтрация в зоне образовавшегося на месте раны рубца не выражена, признаков воспаления нет. Лабораторные данные — без особенностей.

Культи подготовлена к протезированию. После окончания лечения пациент был направлен в ФЦЭРИ для проведения первичного этапа протезирования (рис. 85).



Рис. 85. Общий вид культи левого бедра раненого З., 1982 г. р., по окончании лечения. Свищевой ход закрылся. На месте длительно незаживающей раны образовался мягкоэластичный рубец без признаков воспаления (указан стрелкой)

Оглавление

Предисловие.....	7
Введение.....	9
1. Минно-взрывная травма. Ампутации и реам-путации. Возможности методов лучевой диагностики в оценке состояния культей конечностей.....	12
2. Методы исследования пациентов с ампутаци-онными культями нижних конечностей при подготовке к протезированию.....	65
3. Лучевая семиотика болезней и пороков культей нижних конечностей.....	90
4. Оценка диагностической эффективности лучевых методов исследования пациентов с ампутационными культями нижних конечностей при подготовке к протезированию.....	187
Заключение.....	192
Список литературы.....	195