

мічне до- та післяопераційне МСКТ-обстеження та МСКТАГ. 237 (72,3%) пацієнтам проведено МР-дослідження. Всі випадки верифіковані морфологічно.

Результати. Аналіз отриманих даних проведено за спеціально розробленою карткою комп'ютерного обліку, в якій враховувалась локалізація, величина менінгеоми, вираженість перифокального набряку. Вираженість перифокального набряку оцінювалась залежно від поширеності, планіметричної та томоденситометричної характеристик. Враховувалась візуальна картина набряку, МСКТ-показники самої пухлини та співвідношення їх розмірів. Прояви та ступінь вираженості набряку головного мозку при менінгеомах залежали від низки клінічних чинників: локалізації пухлини, її гістологічної структури, фізіологічного та морфологічного стану мозку. Суттєвим чинником виявилась швидкість росту пухлини і тривалість об'ємної дії на мозок. Встановлена залежність між проявами набряку мозку за даними нейровізуалізуючих методів та гістологічною структурою менінгеом. Вираженість набряку не залежала від КТ-характеристики щільності пухлини. Вірогідної залежності між проявами перифокального набряку та віком пацієнта не виявлено. Ознаки вираженості набряку мозку корелюють із важкістю клінічного стану хворого. При аналізі МСКТАГ у хворих з менінгеомами визначались особливості кровопостачання пухлин: участь судин басейнів ЗСА та ВСА, ступінь дислокації та збільшення кількості і калібру живлячих судин. Констатувалась наявність власної судинної мережі та фази її контрастування. Визначались напрямки відтоку: у глибокі або поверхневі вени, наявність колатерального венозного відтоку. За результатами співставлень МСКТ та МРТ-даних щодо локалізації менінгеом, достовірність МРТ-обстеження (за винятком менінгеом крил основної кістки) була вищою і складала 97%. При оцінці набряку залежно від джерел кровопостачання пухлини виявлено пряму залежність від кровопостачання з басейну ЗСА. Аналогічну залежність встановлено за наявності переважного відтоку з пухлини в поверхневі вени мозку.

Висновки. Нейровізуалізація при інтракраніальних менінгеомах забезпечує об'єктивну оцінку супутнього набряку за ступенем вираженості та поширеності.

1. Відсутність одиниць вимірювання інтенсивності сигналу в зоні набряку при МРТ, на відміну від МСКТ, не дозволяє кількісно оцінити ступінь набряку.
2. Поширеність набряку залежить від локалізації пухлинного вузла, його гістологічної структури.
3. Вираженість супутнього набряку корелює з важкістю клінічного стану і може служити прогностичним критерієм.
4. Вираженість набряку мозку при менінгеомах залежить від особливостей її кровопостачання, зокрема з басейну ЗСА, та блокадою венозного відтоку.

МСКТ-АНГІОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТРАВМАТИЧНИХ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНИХ СПІВУСТЯ

Робак О.П., Гарматіна О.Ю., Робак К.О., Вакарюк В.Є., Яковенко І.Л., Сидорак І.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Каротидно-кавернозне співустя (ККС) – патологічне сполучення внутрішньої сонної артерії с печеристою

пазухою, що клінічно проявляється пульсуючим екзофтальмом з дисфункцією очно-рухових нервів. Враховуючи велике навантаження очно-ямкових вен, зумовлене перерозподілом артеріальної крові, вказана патологія потребує ангиографічного дообстеження.

Мета дослідження. Вивчити можливості МСКТ-ангіографії (МСКТАГ) у виявленні ККС.

Матеріали і методи. МСКТАГ була виконана 17 пацієнтам віком від 14 до 55 років, які перебували на лікуванні в інституті нейрохірургії з ознаками пульсуючого екзофтальму. Всі хворі оперовані з використанням ендovasкулярної методики. МСКТАГ виконувались на мультиспіральному комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion Prime-160 за стандартною методикою з відстроченою венозною фазою. Контрастна речовина вводилась автоматично в периферичну вену через стандартний катетер за допомогою інжектора. Отримані дані передавали і обробляли на робочій станції Vitrea-2.

Результати. Всім хворим було проведено МСКТАГ до і після оперативного втручання. Травматичне ККС частіше виникало на боці травми (n=14). У 3 пацієнтів на протилежному боці. У гострому травматичному періоді спостерігався набряк тканин очної ділянки. У віддаленому періоді відмічалась гіпотрофія екстракулярних м'язів. Період між травмою і появою ККС був різний, як правило, протягом 1-го місяця. Найчастіше ККС виникало при травмі лобової та скроневої ділянки. За відсутності пошкодження кісток черепа чинником, що зумовлювало утворення патологічного сполучення, був гемодинамічний удар з розривом внутрішньої оболонки стінки ВСА й утворенням її дефекту. У такий спосіб відбувалось шунтування крові в печеристу пазуху, що спостерігалось в артеріальній фазі церебрального кровообігу. У відтермінованій венозній фазі спостерігалось контрастування широких, звитих очно-ямкових вен. У післяопераційному періоді спостерігався регрес рентгенологічних симптомів ККС.

Висновки. МСКТАГ — високоінформативний метод у малоінвазивній діагностиці ККС, що сприяє вибору ендovasкулярної методики хірургічного втручання та способу її виконання.

ЗНАЧЕННЯ ЕХОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПІСЛЯ 22 ТИЖНІВ ГЕСТАЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФЕТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ НИЗЬКОГО РИЗИКУ

Сафонова І.М.

Харківська медична академія
післядипломної освіти

Вступ. Серед нових поглядів на застосування діагностичного ультразвуку (УЗ) в акушерстві існує точка зору про недоцільність ехографічних досліджень у субпопуляції низького ризику акушерських і перинатальних ускладнень після 22 гестаційних тижнів, коли УЗ-дослідження не може впливати на статистику перинатальних показників. Однак практичними недоліками подібного підходу можна вважати неадекватну діагностику пізно маніфестуючих аномалій плода, в тому числі і у вагітних початково низького ризику.

Мета. Визначення значущості ехографічних досліджень після 22 тижнів вагітності в субпопуляції низького ризику для діагностики фетальної патології та прогнозування перинатального результату.

Матеріали та методи. На різних етапах II-III триместрів, після нормальних результатів УЗ-скринінгу, проведені ехографічні дослідження 4580 вагітним із початково низьким ризиком акушерських і перинатальних ускладнень. Проводилися УЗ фетометрія і розрахунок ваги плода, візуальна оцінка УЗ-анатомії плода, оцінка ступеня кальцинозу плаценти, індексу амніотичної рідини, виконувалася доплерометрія фетоплацентарної системи, а також вивчалися перинатальні наслідки.

Результати. Загальне число жінок з ехографічними ознаками патології плода та/або фетоплацентарної системи склало 449/4580 (9,8%). Після 26 тижнів найбільш часто виявлялися кардіальні мальформації та аритмії, аномалії ЦНС, асоційовані з впливом інфекційного процесу, аномалії черевної порожнини плода, послідовності фетальних деформацій, а також УЗ-симптоми реалізації внутрішньоутробного інфікування. Частота змін, що мали несприятливий або невизначений перинатальний прогноз і вимагали подальшого ехографічного моніторингу, була найбільшою на етапах 26-30-го гестаційних тижнів.

Висновки. Хоча частота виявлення фетальних аномалій при нормальних результатах скринінгу у вагітних субпопуляції низького ризику склала в нашому дослідженні не більше як 1,15% (OR 0,52; CI 95% 0,44-0,56, RR 0,56; CI 95% 0,51-0,61), патологія, виявлена після 22 тижнів, має принципове значення для прогнозування результату вагітності, вироблення акушерської та перинатальної тактики. На підставі проведеного аналізу можна вважати обґрунтованим включення УЗ-сканування вагітності в III триместрі в протоколи антенатального спостереження.

ЗНАЧЕННЯ ЕХОГРАФІЇ ТА ДОПЛЕРОГРАФІЇ ПІСЛЯ 22 ТИЖНІВ ГЕСТАЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ АКУШЕРСЬКОЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ НИЗЬКОГО РИЗИКУ

Сафонова І.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Третій скринінг вагітності виключено з протоколів антенатального спостереження при низькому ризику акушерських та перинатальних ускладнень. Однак деякі патологічні гестаційні процеси можуть протікати латентно та призводять до несподівано несприятливих перинатальних результатів.

Мета. Визначення значущості ехографічних і доплерографічних досліджень після 22 тижнів гестації для діагностики акушерських і перинатальних ускладнень при вагітності низького ризику.

Матеріали та методи. 4580 вагітних субпопуляції низького ризику, що мали нормальні результати ультразвукових (УЗ) скринінгових досліджень. Дослідження включали фетометрію і розрахунок ваги плода, оцінку УЗ-анатомії плода, ступеня кальцинозу плаценти, індексу амніотичної рідини, доплерографію фетоплацентарних судин. Вивчалися перинатальні наслідки всіх обстежених вагітних.

Результати. Загальна питома вага змін, що мали клінічне значення (перинатально значущі структурні аномалії плода, критична плацентарна дисфункція, реалізація внутрішньоутробного інфікування) склала 35,2%. Критичні плацентарні порушення виявлялися у 51/4580 (1,13%) жінок. У випадках ранньої затримки росту плода у 26-30 тижнів (44/51, або 86,2%) результати вагітностей були несприятливими. У 83,9% випадків

некритичних плацентарних порушень мали місце клінічно сприятливі перинатальні наслідки. Доклінічним предиктором прееклампсії та перинатальних ускладнень при вагітності низького ризику можна вважати двостороннє підвищення резистентності маткових артерій на тлі раннього кальцинозу плаценти: OR 300 (при CI 95% 278-335), RR 75 (при CI 95% 71-79).

Висновки. Особливості, виявлені при ехографії в другій половині вагітності низького ризику, у 3,2% випадків «переводять» низький ризик вагітності у високий та у 6,6% — у невизначений. Медична тактика змінювалася менш ніж в 1% випадків на підставі результатів ехографії після 22 тижнів. Значення УЗ-дослідження полягало в прогнозуванні результату вагітності, госпіталізації вагітної в перинатальний центр, проведенні терапії, достроковому розродженні, необхідності реанімаційних заходів та/або інтенсивної терапії новонароджених, консультацій, транспортування, оперативних втручань та/або медикаментозної терапії новонароджених.

СУДИННІ КІЛЬЦЯ

Семенюк В.П., Морковкіна А.Є.,

Рокицька Н.В., Таммо Раад, Ялинська Т.А.

Державний заклад "Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології і кардіохірургії МОЗ України", м. Київ

Вступ. Судинні кільця — це група вроджених аномалій судин, що охоплюють и здавлюють трахею та стравохід, спричинюючи різного ступеню розлади дихання, такі як: респіраторний дистрес-синдром у новонароджених, стридор, задишка, втягнення грудної клітки під час вдиху, а також порушення ковтання.

Мета. Оцінити можливості комп'ютерної томографії у виявленні й ідентифікації судинних кілець згідно з їх анатомічною конфігурацією для планування тактики ведення пацієнтів.

Матеріал та методи. З 2006 по 2015 рік 77 пацієнтам віком від доби до 41 року, з попередньо встановленим Ехо-КГ висновки — судинне кільце, виконано комп'ютерну томографію. Обстеження проводилось на 16-зрізовому комп'ютерному томографі, артеріальна фаза з наступною мультипланарною й 3D-реконструкцією.

Результати. У 18 (23%) скерованих на обстеження випадках даних за судинне кільце не отримано. У 59 (77%) пацієнтів підтвердився діагноз судинного кільця, із них 40 (68%) — це діти до року. У 13 (22%) пацієнтів виявлено подвійну дугу аорти (DAA), із них з домінантною правосторонньою дугою аорти й атрезією лівої дуги дистальніше відходження лівої підключичної артерії — 9 випадків, у тому числі один дорослий із різкою коарктацією домінантної правої дуги; з домінантною правою дугою й стенозом лівої дуги — три пацієнти; з домінантною лівою дугою — 1 випадок. У 40 (68%) пацієнтів була виявлена правостороння дуга аорти з лівою артеріальною зв'язкою, із них у 8 випадках — правостороння дуга аорти з лівосторонньою низхідною аортою (circumflex Ao Arch). Синдром здавлення трахеї плечоголовним стовбуром (innominate artery compression syndrome) без значущого зменшення її просвіту діагностовано в 3 (5%) випадках. У 3 (5%) випадках підтверджено аномальне відходження лівої легеневої артерії від правої легеневої артерії (PA sling). Здавлення трахеї відмічалось в 36 (61%) із 59 випадків,