

дают общее понижение прозрачности обоих легких, что не является особенностью пневмонии. Помогает в дифференциальной диагностике и состояние корней — при ателектазах они чаще не изменены, при пневмониях — расширены и малоструктурны. Для очаговых пневмоний более типичным является также избыточное кровенаполнение сосудов в зоне воспаления. Однако наиболее достоверным критерием, позволяющим отличать ателектазы от пневмоний, является стабильность рентгенологической картины первых на протяжении нескольких дней или даже недель в результате краниоспинальной травмы.

Изменения со стороны срединной тени проявлялись увеличением сердечной тени влево как за счет снижения тонуса миокарда обоих желудочков (41%), так и за счет увеличения правого желудочка вследствие развившейся легочной гипертензии (31,1%), что находило свое подтверждение при УЗИ сердца.

Выводы. Таким образом, наиболее частыми видами ателектазов у новорожденных с родовыми краниоспинальными травмами являются долевые, сегментарные и рассеянные, характерной особенностью которых является длительность процесса, что требует проведения более интенсивной и длительной терапии.

МСКТ та МСКТАГ-АНГІОГРАФІЯ У ВИЯВЛЕННІ ПРИЧИН НЕТРАВМАТИЧНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ

Гарматіна О.Ю., Робак О.П.

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

Субарахноїдальний крововилив (САК) є одним із видів внутрішньочерепного крововиливу (близько 5% серед усіх видів інсульту). Найбільш розповсюдженою причиною нетравматичного САК (77%) є артеріальні аневризми (АА). Розрив внутрішньочерепної АА призводить до гострої екстравазації артеріальної крові в субарахноїдальний простір, що викликає низку виражених системних ускладнень.

Мета дослідження. Вивчити можливості МСКТ та МСКТ-ангіографії (МСКТАГ) у виявленні причин САК нетравматичного генезу.

Матеріали та методи. МСКТАГ головного мозку була виконана 132 пацієнтам віком від 18 до 79 років, які перебували на лікуванні в інституті нейрохірургії з ознаками САК при МСКТ. МСКТ і МСКТАГ виконувались на мультиспіральному комп'ютерному томографі Toshiba Aquillion Prime-160 за стандартною методикою. Контрастна речовина вводилась автоматично в периферичну вену через стандартний катетер за допомогою інжектора. Отримані дані передавали й обробляли на робочій станції Vitrea-2.

Результати. Усім хворим із клінікою САК виконували нативне МСКТ-дослідження для виявлення САК, встановлення його розповсюдження та з'ясування стану мозкової речовини. У 24 (18%) випадках спостерігали ознаки ГПМК за геморагічним типом, при якому поряд із виявленим САК отримували інформацію про вентрикулярний (n=8 (6%)) та паренхіматозний крововиливи (n=16 (12%)). При масивному крововиливі у випадках припустити локалізацію АА не є можливим (n=9 (6%)). За наявності САК пацієнтам було показано проведення МСКТАГ, при якій візуалізували стан судин

(діаметр, прохідність), наявність АА різної локалізації. Будова судин великого артеріального кола була більш інформативною при 3D-реконструкції. У 14 (10,6%) випадках було виявлено 2 та більше АА. Найбільш розповсюдженою локалізацією АА був комплекс передня мозкова артерія — передня сполучна артерія (n=69 (52%)). У 19 (14%) випадках при розриві АА реєстрували ангіоспазм. АА близько 1 мм у діаметрі в деяких випадках (n=2 (1,5%)) не виявлялись, їх наявність була встановлена за допомогою ДСАГ. У 5 (3,8%) випадках встановити причину САК не вдалося.

Висновки. МСКТ — високоінформативний та високочутливий метод променевої діагностики для виявлення і САК у ранні строки ГПМК за геморагічним типом. МСКТАГ може бути рекомендована як малоінвазивна методика для виявлення причини САК — АА та її/їх локалізації, що впливає на вибір подальшої оперативної тактики. 3D-реконструкція при МСКТАГ може бути використана для планування оперативного втручання і вибору більш оптимального доступу до необхідної ділянки артерії.

МСКТ У ВИЯВЛЕННІ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІДРОЦЕФАЛІЇ У ДІТЕЙ

Гетьман О.М., Робак О.П., Робак К.О.,

Гарматіна О.Ю., Маховський С.В.

Державна Установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова» АМН України, м. Київ

Лікворошунтуючі та ендоскопічні операції на сьогодні є найбільш розповсюдженим і ефективним методом лікування гідроцефалії. У результаті цих операцій компенсований перебіг гідроцефалії досягається у 80–90%. Подальший перебіг захворювання може супроводжуватись виникненням післяопераційних ускладнень та погіршити результати лікування. За даними різних авторів, ускладнення після хірургічного лікування гідроцефалії виникають у 10–20% спостережень.

Мета роботи. Оцінка функціонування шунтуючої системи. Уточнення місцеположення шунта та його цілісність. Визначення товщини мозкового плаща та розмірів лікворної системи. Виявлення інтракраніальних ускладнень після хірургічного лікування гідроцефалії у дітей.

Матеріали та методи. Проведено аналіз КТ-обстежень 158 хворих після хірургічного лікування гідроцефалії. 112 хворим було проведено лікворошунтуючі операції, 46 — ендоскопічним методом. Вік пацієнтів складав 1 міс.–16 років, із них жінок — 83, чоловіків — 75. Дослідження проводилися на рентгенівському комп'ютерному томографі Toshiba Aquillion Prime-160.

Результати та їх обговорення. Регрес гідроцефалії був виявлений у 138 (87,4%) хворих, що характеризувалось зменшенням розмірів шлуночкової системи, зникненням перивентрикулярного набряку, потовщенням мозкового плаща. У 20 (12,6%) пацієнтів були виявлені ускладнення після хірургічного лікування; крововиливи в шлуночкову систему — у 5 хворих; крововиливи в суб-і епідуральні простори — у 4 хворих; гідроми — у 8; наявність поренцефалічного каналу — у 3 хворих; екстравентрикулярне розташування краніального кінця шунта — у 8; інфекційно-запальні ураження — у 1 хворого.

Висновки. МСКТ є ефективним і достатнім методом діагностики ранніх ускладнень після хірургічного