

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 краиниоспинальной 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 краиниоспинальными 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 аневіризми (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 Aquilion 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 УСКОПЛЕНЬ 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 цілісності. 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 Aquilion 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 — в 1 хворого.

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

лікування гідроцефалії у дітей. Виконання контрольної МСКТ у ранньому післяопераційному періоді повинно бути правилом, а динамічне спостереження при погіршенні стану пацієнта та незалежно від його виникнення щороку.

РЕЗУЛЬТАТИ МР-ДІАГНОСТИКИ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ХВОРИХ НА СНІД

Гетьман О.М., Робак К.О., Робак О.П.,
Гетьман Л.І., Гарматіна О.Ю.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова» АМН України, м. Київ
Український Центр контролю за соціально-небезпеч-
ними хворобами МОЗ України, м. Київ

Ураження центральної нервової системи у хворих на СНІД зустрічається у 30-90% випадків. Токсо-плазмоз — найбільш поширена опортуністична інфекція, частота якої складає 33-70%. Токсоплазма тропна до ЦНС. Ураження інших органів (серця, м'язів, печінки, легень, кишківника) зустрічається вкрай рідко і визначається тільки на аутопсіях. Безсимптомне носійство, підтверджене серологічними реакціями, виявляється у 20-80% осіб у популяції. В умовах імунносупресії, яка розвивається при СНІДі, виникає реактивація токсоплазми.

Мета роботи. Вивчити зміни в речовині мозку, обумовлені токсоплазмозом, у хворих на СНІД до та після специфічного лікування з використанням контрастуючих агентів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз МРТ-досліджень головного мозку 61 хворого з ВІЛ-інфекцією. Дослідження проводились на магнітно-резонансних томографах з напруженістю магнітного поля 0,5-1,5 Тл без та з контрастуванням. Вік пацієнтів складав 18-41 років, із них жінок — 23, чоловіків — 38.

Результати. У 32 випадках встановлений діагноз «вторинний токсоплазмоз» з урахуванням клінічної картини, лабораторних даних та даних МРТ-зображень. Вирішальне значення для діагностики мала успішність у лікуванні протитоксоплазмозними препаратами у вигляді зменшення чи повного регресу вогнищ на МР-томограмах. На МРТ визначалась моно-чи полівогнищевість із локалізацією в субкортикальних відділах білої речовини і в підкіркових вузлах. Осередки ураження супроводжувались перифокальним набряком. Спостерігалось кільцеподібне чи вузлове посилення після введення контрастуючого агента. У 95% випадків визначалась наявність антитіл до токсоплазми класу IgG за допомогою серологічних методів (визначення IgG Tox. gondii в сироватці крові), однак у пацієнтів із різко вираженим імунodefіцитом серологічні реакції були негативними (5%). Чутливість при дослідженні СМР методом ПЛР на T. gondii складає 50%, специфічність — понад 96%. У 5 хворих збудник був виявлений у СМР методом ПЛР. У трьох пацієнтів діагноз верифікований методом стереотаксичної біопсії.

Висновки. МРТ є високоінформативним діагностичним методом у хворих з ВІЛ-інфекцією, який дозволяє адекватно оцінити стан як речовини мозку, так і лікворних просторів до і після специфічного лікування.

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Андрущенко И.В.¹, Глазовская И.И.¹, Жолнерук О.Я.¹,
Мухина О.К.², Швидкая Е.А.²

¹ДУ «Інститут ядерної медицини і лучевої
діагностики НАМН України», г. Київ

²Детская клиническая больница № 6, центр
вегетативных дисфункций, г. Киев

Вступление. Пароксизмальная вегетативная недостаточность (ПВН) — это клинко-патогенетическая форма вегетативной дисфункции, характеризующаяся вегетативными кризами (пароксизмами), которая является результатом перенапряжения вегетативной нервной системы и снижения адаптационных процессов. ПВН может иметь генерализованный или локализованный характер и проявляться в виде вагосинусных, симпатoadренальных и смешанных кризов.

Цель. Оценить особенности церебральной гемодинамики, состояние шейного отдела позвоночника у детей школьного возраста с ПВН.

Материалы и методы. Объектом исследования были дети школьного возраста 9-17 лет (средний возраст — 12±4,4 года) 18 человек, с ПВН, которые имели жалобы на головокружения и/или синкопальные состояния и головные боли, быструю утомляемость, слабость, психоэмоциональную лабильность.

Исследование церебрального кровотока проводилось методом ультразвукового дуплексного сканирования магистральных артерий шеи и головы на системе Philips iE33 с использованием линейного датчика с частотой 10 МГц. Определялись характер хода сосудов, измерялись диаметры сосудов, скоростные показатели кровотока, толщина комплекса интима-медия (КИМ), состояние венозного звена кровотока.

Состояние шейного отдела позвоночника оценивалось по результатам цифрового рентгенологического исследования позвоночника с функциональными пробами на рентгенодиагностическом аппарате Multix T. O. P. (Siemens).

Результаты исследования. У 77% (14 детей) определялась незначительная извитость хода экстракраниального отдела позвоночной артерии в сегменте V₂. У 27% (5 пациентов) изменения носили односторонний характер, в 50% случаев (9 детей) — двусторонний. Следует отметить, что извитость сосудов была гемодинамически компенсированной без изменений скоростных показателей кровотока. В 33% случаев регистрировалось нарушение венозной гемодинамики по позвоночному венозному сплетению.

При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника с функциональными пробами у 66% (12 детей) выявлены дегенеративные изменения, проявляющиеся снижением высоты межпозвонковых дисков (55%) и/или разрастанием краевых остеофитов (83%). У 88% пациентов определялась нестабильность шейного отдела позвоночника. У 11% (2 пациента) выявлена аномалия Киммерли.

Выводы. Высокая частота дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника у детей школьного возраста с пароксизмальной вегетативной недостаточностью доказывает необходимость более детального анализа причин деструкции соединительной