

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-небезпечними хворобами МОЗ України, м. Київ

Ураження центральної нервової системи у хворих на СНІД зустрічається у 30-90% випадків. Токсоплазмоз – 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 вагоинсулярных, 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-медиа (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

ткани у пацієнтів цього віку, включаючого аналіз генетичної предрасположеності, впливу середових і алиментарних факторів.

При наявності ознак вестибулярної дисфункції, синкопальних состояний рентгенографія шийного відділу позвоника з функціональними пробами являється необхідним методом дослідження, оскільки сприяє ранньому виявленню початкових дегенеративних змін і функціональної дисфункції вертеброгенних структур, аномалій розвитку позвоника, що буде сприяти вибору оптимальної тактики лікування цих пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МІОКАРДА, МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Глазовська І.І., Тарасюк Б.А., Кравчук Е.Ю., Корсак І.С., Москаленко Н.Ю.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ

Вступ. Цукровий діабет 2-го типу є одним із найнебезпечніших захворювань цивілізації на сьогодні. Виникаючі метаболічні зміни спричиняють формування макроангіопатій з ураженням органів-мішеней (у тому числі артерій, міокарда), що призводить до формування кардіальної та/або церебральної судинної патології. Своєчасна діагностика ураження органів-мішеней та медикаментозна корекція сприятимуть попередженню у майбутньому фатальних наслідків цукрового діабету 2-го типу.

Мета. Оцінити особливості структурних змін магістральних артерій голови, міокарда, функціональних особливостей ендотелію та ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Матеріали та методи. 52 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2), середній вік — 54 ± 14 років. Контрольну групу (КГ) склали 15 осіб відповідного віку (51 ± 11) років без порушення вуглеводного обміну. Проводили ультразвукове доплерографічне обстеження магістральних артерій голови. Враховували наявність стенозуючого ураження каротид та його ступінь, визначалася товщина комплексу інтима-медіа (КІМ) (мм). Дослідження проводилися на ультразвуковій системі Philips iE 33. При ехокардіографічному обстеженні хворих визначали щільність стінок аорти, наявність гіпертрофії лівого шлуночка (за показниками товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), міжшлуночкової перетинки (ТМШП)). Діастолічну функцію лівого шлуночка оцінювали за показниками співвідношення трансмітральних потоків E/A (де E-максимальна швидкість раннього діастолічного потоку, A – максимальна швидкість потоку передсердь) та часом ізвольометричного розслаблення (IVRT). Діастолічне наповнення вважали нормальним при значеннях E/A >1, IVRT в межах 60-90 мс. Показники E/A < 1, IVRT >90 мс розцінювали як діастолічну дисфункцію за типом порушення релаксації.

Оцінка функціональної вазомоторної функції ендотелію проводилася за стандартною методикою компресійної потікзалежної вазодилатації a. brachialis. Функція ендотелію вважалася збереженою, якщо після декомпресії приріст діаметра a. brachialis складав не менше між 10% від попереднього діаметра.

Результати досліджень та обговорення. Середні показники товщини КІМ у хворих на ЦД2 складали $1,1 \pm 0,08$ мм (у КГ — $0,8 \pm 0,07$ мм), що свідчить про потовщення у них комплексу інтима-медіа. Атеросклеротичні бляшки в судинах каротидного басейну виявлені у 86% хворих на ЦД2, із них стенози < 30% діаметра судини реєструвалися у 28,8% ЦД2, 30-50% діаметра судини – у 57,7% ЦД2. У 20% учасників контрольної групи спостерігалася стенозування каротид, яке не перевищувало 30% діаметра судини. Стенозів, що перевищували 30% у осіб контрольної групи, виявлено не було. За даними ехокардіографічного обстеження, у 96% хворих на ЦД2 пацієнтів спостерігалася ущільнення стінок висхідної аорти, в КГ — 30%. У 58% хворих на ЦД2 виявлено кальциноз мітрального та/або аортального клапанів (КГ – 13%). У хворих на ЦД2 формується гіпертрофія лівого шлуночка, про що свідчать середні значення по-казників ТЗСЛШ – $1,12 \pm 0,08$ мм та ТМШП – $1,2 \pm 0,12$ мм, у КГ відповідно – $1,02 \pm 0,11$ мм та $0,98 \pm 0,13$ мм. У 61% пацієнтів із ЦД 2 виявлено ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка за даними аналізу співвідношення трансмітральних потоків, у КГ – 13%.

Приріст діаметра a. brachialis після проби з реактивною гіперемією у хворих на ЦД2 ($9,1 \pm 0,8\%$) нижчий порівняно з КГ ($22 \pm 9,8\%$), що свідчить про зниження функціональної здатності ендотелію у регуляції судинного тону при цукровому діабеті 2-го типу.

Висновки. У хворих на цукровий діабет 2-го типу спостерігається ремоделювання магістральних артерій голови, пов'язане з їх атеросклеротичним ураженням (потовщення КІМ, вища частота та ступінь стенозування каротид порівняно з контрольною групою). Зміна геометрії міокарда у хворих на ЦД2 зумовлена гіпертрофією лівого шлуночка, а функціональні зміни — формуванням діастолічної дисфункції. Недостатній приріст діаметра a. brachialis після компресійної проби з реактивною гіперемією свідчить про зниження функціональної активності ендотелію у хворих на ЦД2.

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Головка Т.С.¹, Халатурник І.Б.², Кучер А.Р.³

¹Національний інститут раку, м. Київ

²Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці

³Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Вступ. Проблема діагностики та лікування травми органів грудної клітки (ОГК) – одна з актуальних у сучасній ургентній хірургії та є предметом дослідження різними спеціалістами. Травми ОГК складають 8-10% від загальної кількості механічних ушкоджень, при яких ушкодження легень спостерігаються до 93% випадків.

Мета дослідження. Удосконалити діагностику ускладнень закритої травми ОГК шляхом використання ультразвукової (УСГ) у комплексі з традиційною рентгенографією та комп'ютерною томографією (КТ) на первинному етапі діагностики та в динамічному спостереженні.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати обстеження та лікування 86 постраждалих із закритою травмою ОГК віком від 19 до 85 років. Легенево-плевральні ускладнення виявили у 75 (87,2%) постраждалих (62 (83%) чоловіків та 13 (17%) жінок). Усіх пацієн-