

ткани у пацієнтів цього віку, включаючого аналіз генетическої предрасположенности, впливання середових і алиментарних факторів.

При наявності ознак вестибулярної дисфункції, синкопальних состояний рентгенографія шейного відділу позвоночника з функціональними пробами являється необхідним методом дослідження, оскільки сприяє ранньому виявленню початкових дегенеративних змін і функціональної дисфункції вертеброгенних структур, аномалій розвитку позвоночника, 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 ізоволюметричного 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 легені 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 пацієнтів

тів поділили на дві групи: з непроникаючою травмою ОГК (n=8 (10,7%)) та з проникаючою (n=67 (89,3%)). Такий розподіл був обумовлений станом важкості пацієнтів, об'єктивною картиною, обсягом променевого обстеження та лікування.

Усім постраждалим на первинному етапі діагностики було виконано оглядову рентгенографію ОГК (100%), у 10 (13,3%) випадках рентгенографія доповнювалася КТ, у 62 (82,7%) — УСГ. Динамічне УСГ-спостереження було проведене всім пацієнтам. КТ проводили лише пацієнтам із підозрою на розрив легені. Рентгенологічні дослідження проводили на апаратах ТУР-Д101, Neo-Diagnomax. КТ-дослідження виконували на апараті Toshiba Asterion VP, УСГ — на апаратах Toshiba Aplio XJ (Японія) та портативний DP-3300 фірми Mindray (Корея) з електронним конвексним 2,5-3,5 МГц та лінійним 7-10 МГц передавачами. УСГ проводилась після проведення рентгенографії ОГК у пошуківому та трицильному режимах.

Результати дослідження та їх обговорення. УСГ в першу добу після травми була не інформативною у 5 (8,6%) пацієнтів через наявність підшкірної емфіземи. У 11 (18,9%) пацієнтів виявили набряк, а у 3 (5,2%) гематому м'яких тканин грудної стінки. Ушкодження хрящової частини ребра виявили у 8 (13,8%) постраждалих. При рентгенографії ушкодження м'яких тканин та перелом хрящової частини ребер не були діагностовані. КТ даній групі пацієнтів не проводили.

У перші години після травми методом УСГ виявлені зміни в плевральній порожнині у 91,4% випадків: гемопневмоторакс — 27 (46,6%), пневмоторакс — 8 (13,8%), гемоторакс — 14 (24,1%), забій легені — 5 (6,7%), у 8 (12,0%) пацієнтів ателектаз унаслідок бронхообтураційного чи респіраторного дистрес-синдрому. У 7 (17,0%) потерпілих із гемопневмотораксом та гемотораксом на тлі анехогенного вмісту визначалися гіперехогенні включення неправильної форми, що розцінювалися як згустки крові.

При динамічному спостереженні на 3-7-й день у 14 з 41 (34,1%) пацієнта після травми виявляли лінійні гіперехогенні структури на тлі анехогенного вмісту, що характерно для ниток фібрину — сонографічна картина початку процесу організації гемотораксу. У 5 (12,2%) пацієнтів на 7-14-у добу після травми спостерігали наявність у плевральній порожнині вмісту неоднорідної структури без ознак зміщення при зміні положення тіла пацієнта (згорнутий гемоторакс). Комплексне обстеження (КТ ОГК, торакоцентез, торакоскопія) підтвердило наявність згорнутого гемотораксу, при цьому КТ дозволяла визначити об'єм густої частини вмісту.

Посттравматичний плеврит спостерігався у 9 (10,7%) постраждалих та розвивався в терміни від 3 до 20 діб після отримання травми. У всіх цих пацієнтів були виявлені переломи ребер. Посттравматична пневмонія розвинулася в 11 (14,7%) постраждалих у терміни від 3 до 17 діб після отримання травми. У всіх пацієнтів пневмонія розвинулася на тлі гемопневмотораксу та контузії легені. Емпієма плеври була виявлена у 4 (5,3%) пацієнтів.

Висновок. У перші години після травми метод УСГ дозволив виявити зміни в плевральній порожнині у 91,4% випадків, у 8,6% — обстеження було неінформативним через підшкірну емфізему. УСГ є методом вибору для обстеження м'яких тканин грудної стінки та динамічного спостереження за станом плевральної порожнини з метою оцінки наростання кількості рідини

та зміни її структури. УСГ також дозволяє оцінити структуру легені в динаміці у потерпілих із проникаючою травмою грудної клітки. Отримані результати свідчать, що закрита травма ОГК часто проявляється запізною клінічною симптоматикою та рентгенологічними проявами, що потребує динамічного спостереження за пацієнтами.

ПЕРИНАТАЛЬНІ МОЗКОВО-СУДИННІ УРАЖЕННЯ ТА ЇХ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ

Гончар Т.О., Гончар О.А., Уралова Л.Т.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Перинатальні мозковосудинні ураження — найбільш поширені захворювання у немовлят. Вони бувають різні навіть у тих випадках, коли механізм ураження головного мозку однаковий. Більш ніж 70% дітей, які залишилися жити після гострої перинатальної патології, вважаються здоровими, оскільки після певного проміжку часу в них не виявляють індикаторів енцефалопатичного походження. Але на пізніших стадіях розвитку більш помітними та вираженими стають порушення психічного реєстру, які можуть проявлятися протягом усього життя.

Мета дослідження. Дослідження проводилось з метою поглибленого вивчення психоневрологічних розладів у пацієнтів із перинатальними мозковосудинними ураженнями.

Матеріали та методи дослідження. З метою вивчення й уточнення клінічних і нейрорадіологічних прогностичних критеріїв перинатальних мозковосудинних уражень проведені динамічні клініко-радіологічні обстеження 246 дітей (59,8% недоношених і 40,92% доношених) від неонатального періоду до 5-річного віку. Для діагностики перинатальних мозковосудинних уражень застосовувались методи променевої діагностики, такі як нейросонографія, магнітно-резонансна томографія, рентгенівська комп'ютерна томографія.

З метою дослідження психічних розладів було обстежено 63 пацієнти жіночої та чоловічої статі віком від 3 до 18 років, які перенесли перинатальні геморагічні та гіпоксично-ішемічні мозковосудинні ураження. Залучалися клініко-катамнестичний, патопсихологічний методи, шкали депресії та тривоги, особистості, якості життя.

Для виникнення певного типу мозковосудинних уражень важливим є ступінь розвитку головного мозку, що залежить від гестаційного віку дитини.

Система авторегуляції кровообігу у новонароджених дітей недосконала, тому певні причини можуть зумовлювати порушення гемодинаміки у вигляді підвищення або зниження загального тиску крові. Так, судомі, апное та реанімаційні заходи спричиняють підвищення загального тиску крові, що зумовлює пасивну гіперперфузію мозку й виникнення крововиливів. У цьому разі у недоношених дітей виникає розрив крихких кровоносних судин гермінального матриксу, що є причиною інтравентрикулярного крововиливу (ІВК). У доношених дітей крововилив із гермінального матриксу або паренхіма головного мозку — рідкісне явище. Причиною таких крововиливів є пологова травма. У випадках гіперперфузії мозку у доношених дітей може виникнути геморагічний інфаркт. Асфіксія й гіпоксія, навпаки, супроводжуються системною гіпотензією та