

корисну модель № 109586 від 25.08.2016, бюлетень № 16). Суть винаходу: детальний аналіз виявлених рентгенологічних змін та виконання рентгенограмметричних вимірів та розрахунків. Установлена залежність між ступенем вираженості гіперпневматозу та патологічними змінами в легенях у дітей з дисплазією сполучної тканини дозволила виділити три ступені тяжкості БОС: 1-й ступінь (29,8%) — діафрагма розміщена на рівні 7-го ребра, кут нахилу склепіння до 25°, посилення легеневого рисунка з обох боків за ретикулярним типом переважно в базальних відділах, підвищення прозорості легеневого полів — легкий ступінь тяжкості БОС. 2-й ступінь — діафрагма на рівні 8-го ребра, кут нахилу склепіння 26-29°, посилення та деформація легеневого рисунка за дрібночарунковим типом, підвищення прозорості легеневого полів — середній ступінь тяжкості БОС. Даний ступінь спостерігався в 56,7%. 3-й ступінь — діафрагма нижче 8-го ребра, кут нахилу склепіння 30° і більше, деформація легеневого рисунка за великочарунковим типом, наявність бул, пневмофіброз та формування легеневого серця — різко виражений ступінь тяжкості бронхообструктивного синдрому (13,5%).

Висновки. Запропонований метод дозволяє об'єктивно оцінити тяжкість бронхіальної обструкції у дітей з дисплазією сполучної тканини, що підвищує точність діагностики та дозволяє уникнути ускладнень. На підставі розробленого методу було встановлено, що у дітей з ДСТ переважає середній ступінь тяжкості бронхообструктивного синдрому.

ВПЛИВ ГЛІОМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ АНАПЛАЗІЇ НА СТАН ОСНОВНИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Робак К.О., Чувашова О.Ю.

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

Вступ. Дифузійно-тензорна томографія є методом, що неінвазивно дозволяє оцінити кількісні (вимірюванням показників дифузії) та якісні (моделюванням провідних пучків) зміни, що виникають у провідних шляхах в результаті поширення гліом різного ступеня анаплазії. Це, в свою чергу, надає найбільш повну інформацію для комплексного передопераційного планування хірургічної тактики та доступу.

Мета роботи — вивчити вплив, що чинять гліоми з різним ступенем анаплазії на стан провідних шляхів при локалізації останніх біля пухлини.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 88 хворих у віці від 3 до 71 року з гліомами головного мозку, які в подальшому були прооперовані. Гістологічно було верифіковано гліоми з Gr II — 25, Gr III — 26, Gr IV — 37. Взагалі хворим було здійснено моделювання 143 провідних шляхів, з них при гліомах з Gr II — 37 (25,9%), Gr III — 45 (31,5%), Gr IV — 61 (42,6%). МРТ-дослідження проводилося на апараті «Intera» (Філіпс, Нідерланди) 1,5 Тл з використанням імпульсної послідовності ДТЗ та наступною побудовою трактограм. Змодельовані провідні шляхи поєднувались з анатомічними зображеннями на T1-33.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними МР-трактографії та показниками дифузії (ФА

та ВКД) виявили наступні зміни в провідних шляхах: при гліомах з Gr II: зміщення — 27 (73%); пухлинна інвазія та/або набряк — 15 (40,5%); руйнування — 3 (8,1%); здавлення — 3 (8,1%); при гліомах з Gr III: зміщення — 27 (60%), пухлинна інвазія та/або набряк — 24 (53,3%), руйнування — 12 (26,7%), набряк — 4 (8,9%), здавлення — 2 (4,4%); при гліомах з Gr IV: зміщення — 35 (57,4%), пухлинна інвазія та / або набряк — 30 (49,2%), руйнування волокон шляху — 16 (26,2%), набряк — 19 (31,1%).

Висновки. Зміщення та здавлення провідних шляхів переважно діагностовано при гліомах з Gr II. Руйнація волокон шляхів переважно виявлена при гліомах з Gr III та Gr IV. Набряк провідного шляху частіше спостерігався при гліомах з Gr IV. Пухлинна інвазія та/або набряк шляху в значній кількості спостережень виявлено при всіх гістологічних типах пухлин, але переважали при гліомах з Gr III та Gr IV.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ МСКТ-АНГІОГРАФІЇ ТА МСКТ-ПЕРФУЗІЇ

Робак О.П., Гарматіна О.Ю., Робак К.О., Яковенко І.Л., Зябченко В.І.

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

Реваскуляризуючі операції на судинах головного мозку застосовуються як при набутій, так і вродженій патології судин головного мозку, що можуть призвести до порушень мозкового кровообігу. До них відносять накладання міжартеріальних анастомозів та встановлення стентів.

Мета дослідження — оцінити результативність реvasкуляризуючих оперативних втручань на судинах головного мозку за допомогою МСКТ-ангіографії (МСКТАГ) та МСКТ-перфузії (МСКТП).

Матеріали та методи. Проведено аналіз 56 історій хвороб пацієнтів з церебро-васкулярною патологією (з хронічною недостатністю мозкового кровообігу (ХНМК) — 38 випадків, з велетенськими артеріальними аневризмами судин великого артеріального кола — 18 випадків). Вік пацієнтів 26-77 років. Переважали чоловіки. МСКТАГ (n=56), МСКТП (n=8) виконувались за стандартними методиками. У пацієнтів з ХНМК виконувалося як накладання міжартеріального анастомозу (n=8), так і стентування магістральних судин (n=30). При велетенських аневризмах судин головного мозку встановлювався потоконаправляючий стент (n=18).

Результати та їх обговорення. За даними МСКТАГ результативність реvasкуляризуючої операції визначалась як позитивна при візуалізації судинного русла дистальніше втручання та констатації прохідності міжартеріального анастомозу, контрастування басейну реципієнтної судини. При стентуючих операціях визначали положення стента при аневризмах, оцінювали його прохідність, наявність виключення аневризми з кровотоку. При виконанні МСКТП позитивним результатом вважалося покращення показників церебральної гемодинаміки на боці патології за даними перфузійних карт.

Висновки. МСКТАГ та МСКТП є доступними і об'єктивними методами оцінки реvasкуляризуючих операцій на судинах головного мозку.