

Шейный отдел позвоночника имеет свойства, прямо противоположные друг другу (мобильность, стабильность). Нестабильности в шейном отделе позвоночника — это невозможность сохранения нормальных соотношений в сегментах в покое или при физических нагрузках.

Причины нестабильности: травмы, аномалии и пороки развития, врожденная и приобретенная слабость связочного аппарата, дегенеративно-дистрофические поражения.

Диагностика нестабильности в верхнешейном отделе позвоночника проводится на боковой рентгенограмме по величине переднего атланта-дентального сустава и на прицельной рентгенограмме через открытый рот.

Диагностика лигаментозной нестабильности в нижнешейном отделе позвоночника проводится на боковой рентгенограмме, выполненной в среднем физиологическом положении головы. Изменение плавности линии, проведенной по задней поверхности позвонков, свидетельствует о смещении тел по горизонтали.

Измеряем расстояние между задним нижним углом вышележащего позвонка и задневерхним углом нижележащего позвонка.

Для определения нестабильности в нижнешейном отделе позвоночника по вертикали ряд авторов (Dachling Pang California, 1995; Гелли Р.Л., 1995) рекомендуют на боковой рентгенограмме определять величину угла, образованного линиями вдоль нижних поверхностей смежных позвонков, и сравнивать его с выше- и нижележащими сегментами (на этом уровне отмечается расхождение остистых отростков).

Цель работы. Выявление лигаментозной нестабильности у детей при следующих жалобах: головная боль, головокружение, мышечная кривошея, ограничение движений, боль в шее, парестезия в верхних конечностях, при отсутствии в анамнезе острой травмы.

Материалы и методы. Обследование проводилось на цифровом рентгенодиагностическом аппарате "Индиаграф". УЗИ мышц шеи — на аппарате Logic-200.

Обследовано 146 детей, из них 65 девочек, 81 мальчик. Патология выявлена у 36 (24,7%) пациентов, из них 17 девочек и 19 мальчиков. В возрасте от 8 до 12 лет патология выявлена у 7 пациентов, 13-15 лет — у 11 пациентов, 16-18 лет — у 18 пациентов.

Результаты. В результате обследования детей выделено 4 группы патологии:

1. Лигаментозная нестабильность в верхнешейном отделе (ротационный подвывих) выявлена у 5 пациентов.
2. Компрессионный перелом выявлен у 2 пациентов.
3. Аномалия развития шейного отдела позвоночника выявлена у 2 пациентов.
4. Лигаментозная нестабильность в нижнешейном отделе по вертикали и горизонтали — у 24 пациентов.
5. Сочетанная патология: у 3 пациентов выявлена аномалия Киммерли в сочетании с лигаментозной нестабильностью в нижнешейном отделе.

Выводы

1. При наличии жалоб на головную боль, головокружение, парестезию показана рентгенография шейного отдела позвоночника (боковая в физиологическом положении головы и прицельная через открытый рот).
2. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами позвонков $>7^\circ$, но $<11^\circ$ без неврологического дефицита, показаны функциональные снимки.
3. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами

позвонков $>11^\circ$ с неврологическим дефицитом или без него — это лигаментозная нестабильность. Функциональные снимки не показаны. Показана консультация нейрохирурга (хирургическое лечение).

4. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами позвонков $>7^\circ$, но $<11^\circ$ с неврологическим дефицитом — эта нестабильность может стать причиной миелопатии. Функциональные снимки не показаны. Показана консультация нейрохирурга (хирургическое лечение).

Если угол не меняется, функциональные снимки повторяют через 3-5 дней для исключения спазма. Если угол $<11^\circ$ — показана фиксация на 3 месяца.

ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Федьків В.А.

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ

ДУ @Національний науковий центр

«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»

НАМН України, м. Київ

Променеві методи візуалізації — рентгенографія органів грудної клітки (РГ ОГК) та мультidetекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) — дозволяють діагностувати тромбози легеневої артерії та патологічні зміни в легенях, обумовлених гіпертензією малого кола кровообігу, лівошлуночковою недостатністю та порушеннями гемостазу у хворих, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Мета роботи. Провести променеву діагностику з метою виявлення ознак тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) у хворих, які перенесли ІМ, з використанням методів РГ ОГК та МДКТ.

Матеріал і методи. Проведено: РГ ОГК — 190 пацієнтам (163 чоловіки, 27 жінок). Із яких 13 хворим (11 чоловіків, 2 жінки) додатково виконано МДКТ ОГК з контрастуванням легеневих артерій (ЛА). За допомогою цих методів візуалізації оцінювали легеневий малюнок, його характер, корені легень, межі магістральних судин, а також наявність ознак тромбоемболії легеневих судин (ТЕЛА) та застійних явищ, плеврального чи перикардального випоту.

Результати дослідження. За даними РГ ОГК, із основної групи (190 пацієнтів) у 44 (23,2%) хворих виявлено зміни в легенях застійного характеру. Із них у 26 (13,7%) хворих виявлено рентгенологічні ознаки застійних явищ у прикореневих зонах, у 18 (9,5%) хворих ці зміни спостерігались переважно у нижніх відділах легень. У 34 (17,9%) випадках проведено рентгенографію ОГК у боковій проекції для додаткової деталізації рентгенологічних даних.

Із основної групи (190 пацієнтів) у 13 (6,8%) хворих за клінічними ознаками та даними РГ ОГК запідозрена ТЕЛА, яким додатково було проведено МДКТ-дослідження ОГК з контрастуванням легеневих артерій (ЛА). У 7 (3,7%) хворих методом МДКТ-ангіографії ЛА підтверджені ознаки тромбозу ЛА: тромботичні маси та дефекти контрастування в просвіті ЛА та їх часткових та сегментарних гілок. Із 7 хворих у 5 обстежених виявлено МДКТ-ознаки тромбозу правої головної ЛА та

її гілок, у 1 хворого – лівої головної ЛА та ще у 1 хворого — двостороннє тромботичне ураження головних ЛА та їх гілок. У 6 хворих, за результатами МДКТ-ангіографії ЛА, ознак ТЕЛА не виявлено, але підтверджена наявність застійних явищ у легенях різної локалізації.

Висновки. РГ ОГК може застосовуватись як метод первинного променевого обстеження на етапах діагностичного процесу для виявлення ознак ТЕЛА та застійних легневих змін у хворих, які перенесли ІМ. Підтверджена висока діагностична цінність МДКТ-ангіографії ЛА, яка може використовуватись як основний метод візуалізації в діагностиці ТЕЛА.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КАРДІО-МРТ У ВИЯВЛЕННІ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Федьків С.В., Шаповалов Т.М.,
Федьків В.А., Бачинський О.В.

*ДУ «Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»
НАМН України, м. Київ на
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

Вступ. Покращення технічних характеристик різних методик дослідження та новітні розробки МРТ у кардіології дозволяють проводити на сучасному рівні різні розширені кардіологічні дослідження, щоб візуалізувати та дати оцінку не тільки особливостям будови та морфометричним показникам, але й оцінити зміни при коронарогенних ураженнях серця і захворюваннях серця, не пов'язаних із патологією коронарних артерій.

Мета. Розробити протокол дослідження та встановити діагностичні можливості МРТ у виявленні ранніх ускладнень у пацієнтів із гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (ST segment elevation myocardial infarction — STEMI).

Матеріали і методи. Виконано кардіо-МРТ обстеження у 7 пацієнтів, із них у 4 хворих повторно, віком від 36 до 67 років (жінок — 1, чоловіків — 6), що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу STEMI. У всіх пацієнтів був задокументований діагноз STEMI за клініко-лабораторними даними та даними ЕКГ і ЕхоКГ. Усім пацієнтам виконали перкутанне коронарне втручання (ПКВ) і стентування з відновленням коронарного кровотоку. Кардіо-МРТ дослідження проводилось на МР-томографі Vantage Titan-1,5T (TOSHIBA). Використовувалися стандартні проекції обстеження: SA, 4ch, 2ch, 3ch; імпульсні послідовності: T1, T2, без/з подавленням сигналу від жиру, T2*, МР-перфузіографія з введенням контрастної речовини (Гадовіст-0,1 мл/кг) відтерміноване контрастування та кінозображення («сіне MRI») з вивченням скоротливої функції міокарда ЛШ. МРТ виконувалась у період через 24-72 години після ПКВ та в динамічному спостереженні через 3-4 місяці від моменту реканалізації.

Результати. У 5 хворих були виявлені ознаки мікровазкулярної обструкції (феномен «no-reflow»), які визначались як ділянки гіпоінтенсивного МР-сигналу на тлі зон затримки вимивання контрастної речовини (фіброз) на МР-зображеннях відтермінованого контрастування; у 2 хворих було виявлено аневризматичне вип'ячування верхівки ЛШ; у 1 хворого було виявлено пристінковий верхівковий тромб у порожнині ЛШ. Через

3 місяці у 3 хворих при повторному МРТ-дослідженні серця відмічалось зникнення ознак мікровазкулярної обструкції, у 4 хворих — зменшення розмірів та глибини постінфарктного ураження ЛШ та ремоделювання ЛШ.

Висновки. Кардіо-МРТ, як високоінформативний метод діагностики STEMI, дозволяє виявляти патологічні зміни міокарда й ускладнення на ранньому етапі постінфарктного періоду, що сприяє попередженню прогресування ускладнень і оптимізації подальшої тактики їх лікування та профілактики.

РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ СТЕАТОМЕТРИЯ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Федусенко А.А.¹, Дынник О.Б.²,

Кобыляк Н.Н.³, Жайворонок М.Н.⁴

¹НМАПО, кафедра лучевой диагностики

²Институт физиологии

им. О.О. Богомольца НАН Украины

³Национальный медицинский университет

им. О.О. Богомольца

⁴МНПО "Медстрой"

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) охватывает ряд патологических процессов — от простого стеатоза печени до неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) с или без фибротических изменений печеночной паренхимы. По мнению многих исследователей, НАЖБП (простой стеатоз) на ранней стадии представляет собой предболезнь, ведущую без лечения и коррекции питания к развитию НАСГ. Известным фактом является то, что у некоторой части больных инфекционными гепатитами параллельно протекающий жировой гепатоз ухудшает течение основного заболевания и прогноз. Большой клинический интерес к настоящей проблеме проявляется во всем мире. Это обусловлено, с одной стороны, ростом заболеваемости НАЖБП вследствие распространения нездорового образа жизни, с другой — увеличивающейся диагностической точностью в выявлении заболевания. Фактически, почти в 40% случаев диагностированных «криптогенных циррозов печени» причиной заболевания в настоящее время признается НАЖБП. Убедительный диагноз НАЖБП, и главным образом НАСГ, требует проведения биопсии печени, которая, являясь инвазивной процедурой, имеет определенный процент осложнений. В настоящее время предложено несколько неинвазивных лабораторных и лучевых методов в качестве потенциальных диагностических альтернатив биопсии с различными показателями диагностической информативности.

Целью нашей работы и обзора литературы были оценка неинвазивных диагностических параметров для диагностики НАЖБП посредством проведения стеатометрии.

Предпринята попытка разработки диагностического и прогностического алгоритма пациентов с НАЖБП. Дана оценка диагностических возможностей и ограничений каждого из лучевых диагностических инструментов.

Материалы и методы. Ультразвуковая стеатометрия (УС), основанная на измерении коэффициента затухания (КЗ) ультразвука, выполнена в рамках комплексной ультразвуковой диагностики (УЗД) органов брюшной полости 3142 пациентам за период с 2014 по 2016 год. Исследования проводились на ультразвуково-