

СИНДРОМ ХРЕБЦЕВОЇ АРТЕРІЇ. НОВІ МОЖЛИВОСТІ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

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

В міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 синдром хребцевої артерії розглядається під шифром G99.2 та являється результатом динамічної позиційної компресії хребцевої артерії.

Мета роботи: визначити можливості підвищення чутливості магнітно-резонансної томографії (МРТ) в діагностиці синдрому хребетної (ХА).

Матеріал і методи. Обстеження проводилось на 1,5Т МРТ-системі EXCELART Vantage XGV виробництва Toshiba Medical Systems Corporation. Використовувались режими: FSE T₁CO; 3D TOF MRA AX; PS MRA AX в нейтральному положенні та при повороті голови. Обстежено 185 хворих з клінічно та інструментально верифікованим синдромом ХА, та 25 пацієнтів контрольної групи.

Результати і їх обговорення. У 43 (23%) хворих з синдромом ХА та у 7 (28%) пацієнтів контрольної групи при використанні режиму 3D TOF MRA визначені зміни контурів ХА, що могли відповідати діагнозу "синдром ХА". Використання режиму фазового контрастування із зміною положення голови дозволило у 179 (96,7%) хворих з клінікою синдрому ХА визначити 1,5-2-кратні зміни показників кровоплину в ХА на відміну від контрольної групи.

Висновки. Використання МРТ в режимі фазового контрастування дозволяє підвищити чутливість метода на 73,7% в діагностиці синдрому ХА.

В. С. Есипенко, В. М. Цвіговський, А. І. Мудрова, О. О. Цвіговська, В. П. Сухін

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА АСЕПТИЧНОГО НЕКРОЗУ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Одеський національний медичний університет
Військово-медична служба УСБУ в Одеській області, м.Одеса
Донецький національний медичний університет

Асептичний некроз голівки стегнової кістки складає 1.2 % від усіх ортопедичних захворювань кульшового суглоба, спостерігається переважно у чоловіків у віці 30-50 років і виникає після травм, хронічних перевантажень, обумовлених анатомо-функціонально неповноцінністю апарата руху. У I фазі захворювання асептичний некроз голівки стегнової кістки зазвичай протікає безсимптомно, іноді у хворого виникає короточасний біль у попереку, паховій області, по зовнішній поверхні стегна, в колінному суглобі. На рентгенограмах визначається ділянка ущільнення структури трикутної форми, розташована в передньо-верхньо-летеральному квадранті голівки стегнової кістки, що пояснюється біомеханічними умовами функціонування кульшового суглоба.

Рентгенологічно при прогресуванні захворювання на межі зі здоровою тканиною відбувається локальна резорбція та з'являється зона репаративного кісткоутворення.

Процес переходить в II фазу, яка проявляється болем в тих же відділах, що посилюється при русі. З'являються обмеження внутрішньої ротації та відведення стегна, а також атрофія м'язів. За сприятливих умов, до яких передусім відноситься розгрузка кінцівки, період стабілізації може продовжуватися від декількох місяців до 1-2 років. Під час переходу захворювання в III фазу клінічно до постійного болю приєднується обмеження рухів. Рентгенологічно відбувається наростання резорбції некротичної ділянки, яка продавлюється в товщу голівки стегнової кістки та обумовлює інконгруентність суглобових поверхонь. При цьому висота суглобової щілини істотно не змінюється, відсутні також крайові кісткові розростання суглобових поверхонь. Перерозподіл навантаження в неповноцінному суглобі супроводжується компенсаторним потовщенням шийки стегнової кістки по внутрішній поверхні за рахунок періостальних нашарувань. Четверта фаза асептичного некрозу характеризується посиленням болю, наростанням обмеження рухів, згинально-привідною контрактурою, гіпотрофією м'язів. При рентгенологічному дослідженні визначаються: нерізде звуження суглобової щілини, крайові кісткові розростання, посилення резорбції в зоні некрозу. Період стабілізації короткочасний. У п'ятій фазі функція суглоба різко порушена. Хворий пересувається за допомогою милиць. Рентгенологічно визначається різке звуження суглобової щілини, крайові кісткові розростання, некротична ділянка зменшена в розмірах, фрагментована. В деяких випадках асептичний некроз спостерігається в голівках обох стегнових кісток, а також ускладнює течію деформуючого коксартрозу I II стадії.

В. С. Есипенко, В. М. Цвіговський, О. О. Цвіговська, А. І. Мудрова, В. П. Сухін

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАННІХ ПРОЯВІВ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Одеський національний медичний університет
Військово-медична служба УСБУ в Одеській області, м.Одеса
Донецький національний медичний університет

З метою вивчення ранніх рентгенологічних проявів і подальшої динаміки патологічних змін при дегенеративно-дистрофічних ураженнях кульшового суглоба досліджено 500 хворих, серед яких деформуючим артрозом (ДА) страждали більше 250, асептичним некрозом голівки стегнової кістки (АН) - 80, кистовидною перебудовою (КП) - 170 хворих.

Ранньою рентгенологічною ознакою ДА є кісткові зародки розростань по зовнішньому краю суглобової западини, звапнення хряща кульшової западини та ледве помітне звуження суглобової щілини, яке при прогресуванні захворювання стає виразним. Наростають крайові кісткові розростання, виникає порушення співвідношень у суглобі, перебудова тіла клубової кістки, компенсаторне потовщення шийки стегна по внутрішній поверхні, розвивається склероз, на тлі якого нерідко видно дрібні кистовидні просвітлення, а іноді обмежений асептичний остеонекроз.

У основі асептичного остеонекрозу і деформуючого артрозу з кистовидною перебудовою лежить ішемічне ушкодження епіфізу стегнової кістки.

Ранньою ознакою АН є ділянка ущільнення структури епіфізу трикутної форми в місці максимального навантаження, в подальшому навколо осередку некрозу виявляється зона резорбції та з'являється зона репаративного кісткоутворення. При прогресуванні АН наростає резорбція некротичної ділянки, яка продавлюється в товщу стегнової голівки і