



Рис.6. Полимикрогирия(а, б, в).

Ребенок Б., 5мес. (рис.6) на томограммах головного мозга объем паренхимы в лобном, теменном и височном отделах полушарий головного мозга резко уменьшен, большие слева. В скорлупе с двух сторон определяются мелкие кальцинаты, в конвексимальном отделе теменных долей с двух сторон определяются множественные извитые линейные участки кальцификации. Субарахноидальное пространство больших полушарий головного мозга расширено. Конвексимальные борозды выражены, определяется уменьшение размеров и увеличение числа извилин в теменных отделах

Таким образом, выявление грубых пороков развития головного мозга у новорожденных и детей по данным рентгенологического отделения МЦ ГМУ г. Семей выявляются не редко. Выявление большого числа случаев грубых пороков развития головного мозга за 5 лет исследования методом КТ, является проблемой поздней диагностики грубых пороков развития головного мозга, которая должна осуществляться во внутриутробном периоде развития методом ультразвуковой диагностики.

Так же необходимо отметить социальные факторы: в настоящее время ультразвуковое исследование доступно большинству населения, но в виду отдаленных мест проживания людей (районные, сельские жители), несвоевременное взятие на учет беременных женщин, отсутствия соответствующего медицинского оборудова-

ния в районных больницах является причиной несвоевременной диагностики внутриутробных пороков развития, в том числе грубых пороков развития головного мозга. Грубые пороки головного мозга в неонатальном, постнатальных периодах являются проблемой поздней диагностики, которая должна осуществляться ещё во внутриутробном периоде родов ультразвуковым методом.

Литература:

1. Трофимова Т.Н., Ананьева Н.И., Карпенко А.К. Нейрорадиология. Санкт-Петербург, - 2005г.
2. Вольдин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. Москва, 2005г.

УДК 616.711

ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

А.Б. Ахметбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.Н. Саркенова
 Государственный медицинский университет города Семей
 Курс визуальной диагностики

Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника – самая частая причина болей в спине. Проанализированы данные рентгенологического исследования по поводу болевого синдрома вертебрального происхождения 2612 человек, из них дегенеративные изменения выявлены в 2165 случаях, что составляет 82,8%.

Задачей настоящего исследования было изучение и сравнительная оценка дегенеративных изменений различных сегментов позвоночника.

Проанализировано 300 клиничко-рентгенологических случаев дегенеративно-дистрофических поражений шейного (100 случаев), грудного и поясничного отделов позвоночника по 100 случаев. Возраст обследованных был ограничен с 20 до 45 лет для исключения возрастных дегенераций выраженного характера и дисгормональных спондилопатий.

Рентгенологическое исследование больных включало обзорную рентгенографию позвоночника в двух проекциях и при необходимости рентгенографию позвоночника в боковой проекции с проведением функциональных проб. Рентгенологические данные оценивались

наряду с клиничко-неврологическими показателями. Результаты сравнительной оценки начальных проявлений дегенеративных заболеваний позвоночника представлены в таблице №1.

Как видно из представленной таблицы, общим признаком (однако не специфичным) для дегенеративных процессов было нарушение статики, то есть изменение физиологических изгибов и сколиотическое искривление позвоночника как проявление анталгической позы.

В шейном отделе позвоночника уменьшение высоты межпозвонковых дисков не является одним из ранних признаков остеохондроза, так как нагрузка на шейный отдел позвоночника невелика по сравнению с грудным и поясничным отделом. Это обстоятельство очень важно в связи с тем, что при наличии болевого синдрома в шейном отделе позвоночника рентгенологические изменения нетипичны и чаще всего представлены лишь косвенными признаками остеохондроза в виде нарушения статики и нестабильности в двигательных сегментах. Наибольшую нагрузку в этом отделе позвоночника принимают ун-



ковертебральные сочленения, в результате чего появляется склероз, заострение, отклонение полулунных отростков. Необходимо отметить, что унковертебральные сочленения определяются только в прямой проекции. Однако диагностика артроза унковертебральных сочленений очень важна, так как он является основной причиной вертебральных нарушений мозгового кровообращения за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

ния за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

Таблица №1 - Частота различных рентгенологических признаков дегенеративных изменений позвоночника по отделам

| Рентгенологический признак | Шейный отдел позвоночника | Грудной отдел позвоночника | Поясничный отдел позвоночника |
|--|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Нарушение статики позвоночника | 69 | 73 | 83 |
| Снижение высоты межпозвоночных дисков | 25 | 59 | 81 |
| Субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков | 29 | 48 | 74 |
| Краевые костные разрастания | 16 | 29 | 65 |
| Псевдоспондилолистезы | 52 | - | 6 |
| Артроз унковертебральных сочленений | 28 | - | - |
| Спондилоартроз | 15 | 23 | 29 |
| Грыжи Шморля | - | 16 | 9 |
| Косвенные признаки грыжи диска | - | - | 3 |
| Спондилолиз | - | - | 4 |
| Истинный спондилолистез | - | - | 4 |

Поражение грудного отдела позвоночника, прежде всего, выражалось в снижении высоты межпозвоночных дисков (59 случаев). Изменение дисков приводит к нарастанию кифоза, что, в свою очередь, ведет к деформации тел позвонков со снижением высоты в переднем отделе тел. Следующим механизмом в патогенезе дегенеративно-дистрофических изменений следует считать деформирующий спондилоартроз, который обусловлен перерастяжением связочного аппарата задних отделов позвоночника и, соответственно, суставных отростков (23 случая). Типичным проявлением дегенеративно-дистрофических поражений грудного отдела позвоночника являются грыжи Шморля – хрящевые грыжи, внедряющиеся в замыкательные пластинки тел позвонков – 16 случаев. Локализация грыж Шморля в 6 случаях была в среднегрудном отделе, в 10 случаях – в нижнегрудном отделе. Единичные грыжи Шморля выявлены у 11 больных и множественные – у 5.

Поясничный отдел позвоночника несет на себе самую большую нагрузку, в связи с этим первыми признаками поясничного остеохондроза является снижение высоты межпозвоночных дисков – 81 случай, реактивный субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков - 74 случая, краевые костные разрастания - 65 случаев. Преимущественно поражаются диски L4-L5 и L5-

S1. Грыжи Шморля были выявлены в 9 случаях в верхнепоясничном отделе позвоночника. Обызвествление связочного аппарата позвоночника начинается чаще всего после 30 лет. Косвенные признаки грыжи межпозвоночных дисков выявлены в 3 случаях, 2 случая симптома «распорки» и 1 случай обызвествления заднего отдела грыжи. Диагноз грыжи межпозвоночных дисков подтвержден данными КТ или МРТ. Одним из проявлений дегенеративных изменений считаем возможным рассматривать спондилолиз, который был выявлен у 4 больных – зона патологической перестройки в межсуставном участке дужки, вероятно, обусловленная нагрузочным механизмом на поясничный отдел позвоночника. Выявлено 4 случая истинного спондилолистеза и 6 случаев псевдоспондилолистеза.

Анализ полученных материалов позволяет заключить, что дегенеративные изменения в различных отделах позвоночника различны, и связаны, прежде всего, с влиянием хронического перенапряжения на определенные элементы двигательного сегмента: в шейном отделе первично на унковертебральные сочленения, в грудном и поясничном отделе – на тела и межпозвоночные диски, что проявляется определенными рентгенологическими признаками.

УДК 618.4-089-08-616-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЗОПРОСТОЛА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Г.Н. Баймусанова, Б.Ж. Сатубалдинова, Г.М. Мысаева, А. Талгаткызы

Государственный медицинский университет города Семей
 Кафедра акушерства и гинекологии №2

Тұжырым

ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ПЕРЗЕНТХАНА МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША БОСАНУ ИНДУКЦИЯСЫ РЕТІНДЕ МИЗОПРОСТОЛДЫ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛІГІ

Мерзіміне жеткен жүктілік кезінде босану жолдарын дайындау үшін мизопроустолды қынап арқылы енгізудің, нәтижесі мен қауіпсіздігі жүргізілді және ана мен балаға байланысты қауіпсіздігі. 94% жағдайында бұл препарат босану жолдарын дайындауда нәтижелі болып келді, бірақ ары қарай зерттеуді қажет етеді.