

- могут возникать при повторяющемся сокращении мышечных антагонистов;
- при локальной травматизации отдельных костных образований.
- В практической работе в целях своевременной диагностики ПН важную роль играют тщательный персональный учет и анализ:
 - клинических данных (наличие болевого синдрома и др.);
 - детальных механизмов физического воздействия на ту или иную область скелета;
 - особенностей картины рентгенологического изображения.

Любой факт непривычной деятельности или физического воздействия, имевшийся перед возникновением болевого синдрома, может оказаться полезным для диагностики при совпадении зоны костной перестройки на рентгеновском снимке с локализацией болевых ощущений. Рентгенологическая картина ПН чаще бывает ясна, особенно в тех случаях, когда очевидна связь

фактора физической перегрузки и болевого синдрома. Весомым доказательством правильности заключения является заживление ПН в покое и исчезновение болевых ощущений. Как правило, оперативное лечение при ПН не показано.

Литература:

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов // М, 1964, т.2, с.103-127
2. Ahluwalia R, Datz FL, Morton KA, Anderson CM, Whiting JH Jr. Bilateral fatigue fractures of the radial shaft in a gymnast. // Clin Nucl Med.-1994. №19. p.665-667
3. Anderson MW, Greenspan A. Stress fractures // Radiology.-1996. v.199. p.1-12
4. Chevrot A, Lacombe P, Zenny JC, Auberge T, Vallee C, Gires F, Palardy G Fracture de fatigue du cadre obturateur apres arthroplastie de handle // Rev Rhum.-1986. №53. p.129-132
5. Daffneh RH. Stress fractures. Current concepts // Skeletal Radiol.-1978. №32.p.221-229

Тұжырым

ҚАЛЫПТАН ТЫС КҮШТІҢ ӘСЕРІНЕН СҮЙЕК СЫНУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСІ

Ахметбаева А.К., Янченко А.А., Ахметбаева А.Б., Токенбаева А.Т.,
Рахимбеков А.В., Едильканова Н.М., Жабагина А.С.

Қалыптан тыс күштің әсерінен сүйек сынуын остеоид-остеома, созылмалы остеомиелит, остеогенді саркома, сүйек метастаздары, Юинг ісігімен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет.

Summary

CLINICORADIOLOGICAL APPEARANCE OF STRESS FRACTURES

Akhmetbayeva A.K., Yanchenko A.A., Akhmetbayeva A.B., Tokenbayeva A.T.,
Rakhimbekov A.V., Edilkanova N.M., Zhabagina A.S.

Clinicoradiological picture of stress fractures and differential diagnostics with chronic osteitis, osteoid-osteoma, osteomyelitis, osteosarcoma and ewing's tumor.

УДК 616.831 – 616.33 – 073.75

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева

Государственный медицинский университет города Семей

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОГЕНЕЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Аннотация

Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Активное использование современных нейровизуализирующих методов обследования позволило значительно расширить знания в области аномалий головного мозга, определить их роль при оценке неврологического статуса и прогноза заболевания.

Ключевые слова: Компьютерная томография, аномалии головного мозга, дифференциальная диагностика.

Аномалии развития головного мозга одна из частых причин появления неврологической симптоматики у новорожденных и детей первых лет жизни. Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Рождение детей с грубыми пороками развития головного мозга – это тяжелый социальный и психологический аспект, как для родителей ребенка, так и для всего общества.

Классификация пороков развития головного мозга, обусловленных нарушением органогенеза (Harwood-Nash D., 1992)

1. Нарушение закрытия нейрональной трубки
- аномалия Арнольда-Киари

- цефалоцеле
- агенезия мозолистого тела
- комплекс Денди-Уолкера
- краниошизис
- 2. Нарушение дивертикуляции или деления мозга
- голопрозэнцефалия (алобарная, семилобарная, лобарная)
- септикооптичная дисплазия
- 3. Нарушения образования извилин и клеточной миграции (мальформации кортикального развития)
- 4. Нарушение размеров
- микроцефалия
- макроцефалия
- 5. Деструктивные поражения

- гидранэнцефалия
- порэнцефалия
- воспалительные заболевания, обусловленные краснухой, токсоплазмозом, герпесом
- гипоксически-аноксические поражения

6. Обструктивные нарушения (стеноз водопровода)

Цель исследования: изучение частоты и структуры врожденных пороков развития головного мозга у новорожденных и детей первых лет жизни по данным отделения компьютерной томографии МЦ ГМУ г. Семей.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ КТ исследований головного мозга 205 новорожденных и детей первых лет жизни (1-3 года), находившихся на стационарном лечении в МЦ ГМУ г. Семей с 2008 по 2012 гг. Компьютерная томография проводилась на компьютерном томографе GE СТе (США). КТ проводилось с шагом томографирования 5 мм с углом наклона Гентри параллельно основанию головного мозга.

Для контрастного усиления у 26 детей применялось неионное контрастное вещество «Ультравист» (Shering) из расчета 1,0 ml на кг массы тела. КТ детям выполня-

лась по строгим клиническим показаниям. Наиболее распространенными показаниями к нейрорадиологическому исследованию детей является отставание в психическом развитии, судорожный синдром, гидроцефальный синдром, признаки органического или инфекционного поражения головного мозга. Для обеспечения неподвижности ребенка проводилось введение седативных препаратов.

Результаты исследования.

Нарушение органогенеза головного мозга выявлено у 29 детей, что составляет 14,1% среди общей патологии. В структуре грубых пороков развития головного мозга наиболее частыми изменениями явились деструктивные повреждения мозга, вызванные гипоксически-аноксическими поражениями (рис.1) и внутриутробными воспалительными поражениями. Последствия гипоксических поражений головного мозга во внутриутробном развитии проявляется кистозной дегенерацией паренхимы головного мозга, которая выявлена у 6 детей, деструктивные изменения в результате внутриутробных инфекций выявлены в 3-х случаях.

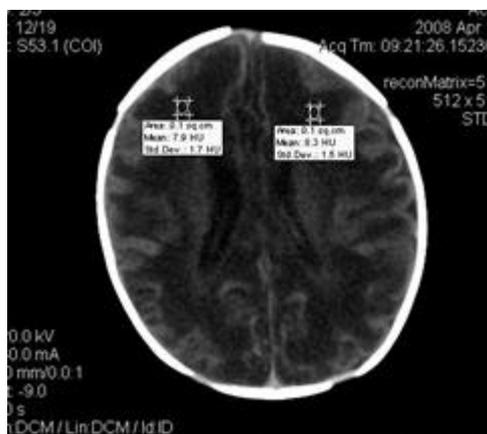


Рисунок 1. Деструктивное поражение головного мозга гипоксического генеза



Рисунок 2. Гидранэнцефалия

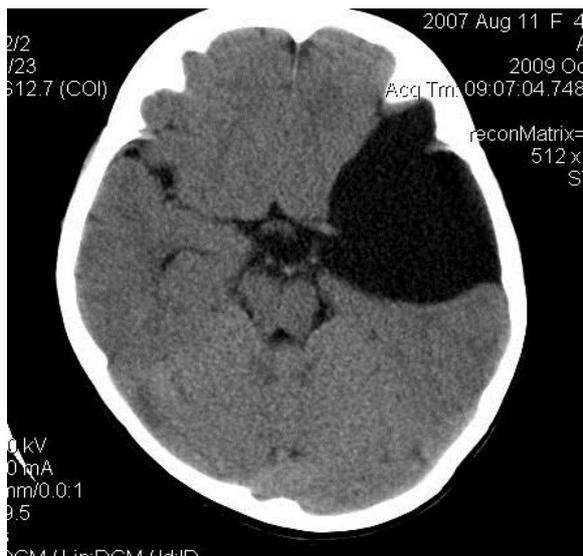


Рисунок 3. Порэнцефалическая киста лобно-височной области левой гемисферы.



Рисунок 4. Множественные пороки головного мозга. Нарушение дивертикуляции головного мозга. Истинная порэнцефалия. Шизэнцефалия-расщелина в веществе головного мозга, сообщающаяся наружное субарахноидальное пространство с желудочками головного мозга.

Так же, из деструктивных поражений головного мозга выявлено 6 случаев гидранэнцефалии. Гидранэнцефалия (рис.2) – это грубый порок развития головного мозга, характеризующийся отсутствием полушарий головного мозга при сохранении таламусов и мозжечка. Гидранэнцефалия многофакторный порок развития, образуется в результате нарушения формирования нервной трубки в период 21-28 дня беременности. Гидранэнцефалия была диагностирована у 2 девочек и 4 мальчиков, все случаи за исключением одного были выявлены в течение перво-

го месяца жизни. В одном случае диагноз был выставлен на третьем месяце жизни.

Порэнцефалия (рис.3,4) выявлена у двух детей в возрасте от одного до трех лет. Порэнцефалия- это ликворосодержащая полость, сообщающаяся с наружным субарахноидальным пространством или с желудочками головного мозга. Порэнцефалия может быть истинной (врожденной) и ложной вследствие перенесенных процессов (травматических, воспалительных и т.д.).



Рисунок 5. Агирия. Борозды мозга отсутствуют (гладкий мозг). Синдром двойной коры.

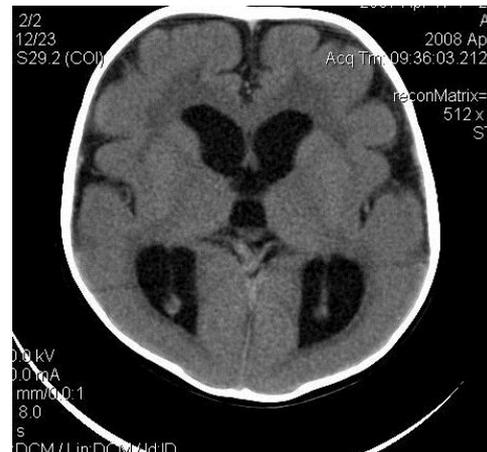


Рисунок 6. Пахигирия

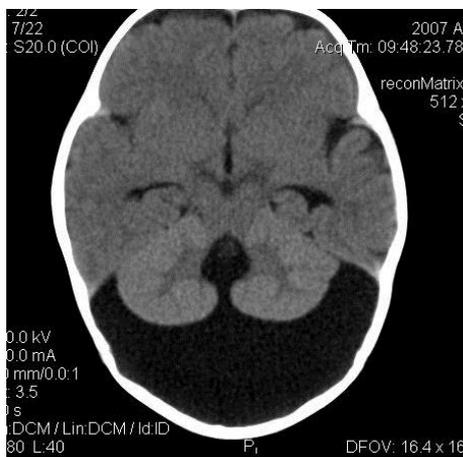


Рисунок 7. Комплекс Денди -Уолкера

Далее по частоте следуют пороки развития головного мозга, связанные с нарушением формирования извилин – 5 случаев. Из этой группы пороков были выявлены лиссэнцефалия (агирия)-3 случая (рис.5) и пахигирия (широкие плоские извилины) -2 случая (рис.6). Лиссэнцефалия (агирия) и пахигирия - недоразвитие мозговых извилин с гладкой поверхностью мозговых полушарий, может быть тотальной и очаговой. В целом для лиссэнцефалии характерна умственная отсталость, раннее начало эпилепсии. Встречается одинаково часто как у девочек, так и у мальчиков. В одном случае лиссэнцефалия сочеталась с синдромом двойной коры (в утолщенной коре головного мозга определяется тонкий слой белого вещества-ленточная гетеротопия).

Третья группа пороков головного мозга – нарушение дивертикуляции головного мозга (голопрозэнцефалия) была выявлена у двух больных. Голопрозэнцефалия-это неполное разделение полушарий головного мозга различной степени выраженности. В одном случае голопрозэнцефалия сочеталась с мальформацией лица (расщелина твердого неба).

В группе аномалий нарушения закрытия нейрональной трубки были выявлены агенезия мозолистого тела - 4 случая и 1 случай комплекса Денди-Уолкера (рис. 7). Агенезия мозолистого тела выставлялась по косвенным признакам, к которым относится увеличение расстояния между боковыми желудочками, боковые желудочки параллельны друг другу, межполушарная щель является продолжением третьего желудочка из-за отсутствия колена мозолистого тела.

Комплекса Денди-Уолкера характеризуется гипоплазией гемисфер мозжечка, агенезией червя мозжечка, расширением четвертого желудочка, кистой задней черепной ямки.

Выводы:

1. Активное внедрение в практику детского невролога современных нейровизуализирующих методов обследования позволило значительно расширить знания в области аномалий головного мозга, определить их роль при оценке неврологического статуса и прогноза заболевания.

2. По данным КТ выявлена высокая частота грубых пороков развития головного мозга, характеризующаяся деструктивными поражениями. Среди данной группы наиболее частыми причинами нарушения органогенеза явились гипоксически-аноксические поражения и воспалительные заболевания. Данные причины пороков головного мозга устранимы здоровым образом жиз-

ни родителей, ранней диагностикой воспалительных заболеваний, правильным ведением беременности.

3. Высокий процент рождения детей с гидранэнцефалией, что свидетельствует о неполном охвате плановым ультразвуковым исследованием беременных.

Сомнительные результаты при КТ были выявлены при диагностике таких аномалий развития головного мозга, как гетеротопии, закрытая шизэнцефалия. Данным пациентам была рекомендована магнитно-резонансная томография.

Тұжырым

БАС МИЫНЫҢ ОРГАНОГЕНЕЗИНІҢ БҰЗЫЛУЫН ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АРҚЫЛЫ ЗЕРТТЕУ

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева

Бас миының іштен туа пайда болған патологиясын алдын алуда ана құрсағындағы кезеңде зерттеу жүргізу қажет.

Summary

DIAGNOSE PATHOLOGY OF BRAIN ORGANOGENESIS

A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, A.V. Rakhimbekov, K.V. Timofeeva

Pathology of brain organogenesis disorder is a difficult social aspect as parents and society. It is necessary to diagnose the brain organogenesis disorder during intrauterine growth.

УДК 618.177-616.33-073.75

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, Н.Т. Масалимова, А.В. Рахимбеков, Ж. Турсынканова, А. Мухамедова

Государственный медицинский университет города Семей

РОЛЬ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ

Аннотация

Роль гистеросальпингографии в выявлении патологии матки и маточных труб, которые часто могут быть причиной бесплодия огромна. Наряду с современными лучевыми методами диагностики, как УЗИ, МРТ органов малого таза, гистеросальпингография остается ценным рентгенологическим методом диагностики целого ряда заболеваний и аномалий развития внутренних половых органов у женщин, приводящих к бесплодию.

Ключевые слова: Гистеросальпингография, бесплодие, аномалии развития женских половых органов.

Бесплодным браком, по определению ВОЗ, считается брак, в котором отсутствует беременность в течение одного и более лет при условии регулярной половой жизни без предохранения. Причины женского бесплодия многообразны. В настоящее время выделяют 4 основные группы причин женского бесплодия:

- анатомо-функциональные;
- эндокринные;
- иммунологические;
- психологические.

Несмотря на широкий спектр традиционных и современных методов лучевой диагностики, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), гистероскопия (ГС), лапароскопия (ЛС), гистеросальпингография (ГСГ), использующихся в выявлении и уточнении формы порока, проблема диагностики аномалий развития женских половых органов остается достаточно сложной.

Необходимо отметить особую роль гистеросальпингографии в выявлении патологии матки и маточных труб, которые часто могут быть причиной бесплодия.

Материал и методы исследования

За 2008-2012 годы в медицинском центре ГМУ г.Семей обследовано 188 пациенток, обратившихся по поводу бесплодия. Было выявлено 64 пациентки с первичным бесплодием и 124 – со вторичным бесплодием. Всем пациенткам были выполнены стандартные методы клинико-лабораторного обследования, включающие УЗИ органов малого таза и проведена гистеросальпингография.

Показаниями к гистеросальпингографии являются подозрение на трубное бесплодие, туберкулёз полости матки и труб, внутриматочную патологию (подслизистая миома матки, полипы и гиперплазия эндометрия, внутренний эндометриоз, внутриматочные сращения), аномалии развития матки, инфантилизм, истмико-цервикальную недостаточность.

Противопоказаниями к гистеросальпингографии являются общие инфекционные процессы в организме (грипп, ангина, ринит, тромбофлебит, фурункулёз), тяжёлые заболевания паренхиматозных органов (печени, почек), недостаточность сердечно-сосудистой системы, гипертиреоз, острые и подострые воспалительные процессы матки и придатков, кольпит, бартолинит, цервицит.

Гистеросальпингографию не проводят при наличии изменений клинической картины крови (повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов) и мочи. Абсолютное противопоказание к проведению гистеросальпингографии — повышенная чувствительность к йоду.

В зависимости от цели исследования и предполагаемого диагноза гистеросальпингографию проводят в различные дни менструального цикла: для выявления проходимости маточных труб, истмико-цервикальной недостаточности — во вторую фазу менструального цикла, при подозрении на внутренний эндометриоз — на 7-8-й день цикла, при подозрении на подслизистую миому матки — в любую фазу цикла при отсутствии обильных кровянистых маточных выделений.