

Можливості мультиспіральної комп'ютерної томографії у діагностиці синдрому компресії хребтової артерії

Логаніхіна К.Ю.¹, Белоус І.В.², Мельник І.Б.², Дибкалюк С.В.³, Несукай В.Г.³, Зозуля І.С.⁴



¹Державна установа «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», Київ

²Медичний центр «VitaCom діагностика», Київ

³Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 8»

⁴Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Резюме. Синдром компресії хребтової артерії — поліетіологічна нозологія, яка проявляється низкою клінічних симптомів. Мета — визначити варіанти патології та причини компресії хребтової артерії методом мультиспіральної комп'ютерної томографії — ангиографії. Виявлені фактори синдрому хребтової артерії розподілили на так звані інтравазальні (пов'язані з різними змінами судинної стінки) та екстравазальні (пов'язані зі змінами структур отворів поперечних відростків шийних хребців). В окрему групу виділили пацієнтів з аномаліями дуги аорти або пухлинами шиї, які призвели до розвитку синдрому компресії хребтової артерії. Проведені дослідження дозволили уточнити клінічні діагнози у пацієнтів із синдромом компресії хребтової артерії для вибору оптимального методу лікування.

УДК 616.134.9+616-073.756.8

DOI: [10.32471/umj.1680-3051.140.193491](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.140.193491)

Вступ

Синдром компресії хребтової артерії (СКХА) — комплекс симптомів, що виникають внаслідок порушення току крові у хребтових артеріях (ХА) (шифр М-47.0 в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ)-10) (Дибкалюк С.В. та співавт., 2012; Барулин А.Е. и соавт., 2013). Питання діагностики і лікування СКХА в останні роки привертає дедалі більшу увагу дослідників, оскільки цей синдром є одним із найбільш значущих етіологічних факторів розвитку хронічних гемодинамічних порушень у вертебробазиллярній системі (ВБС), особливо в осіб працездатного віку. На сьогодні встановлено, що близько $\frac{1}{4}$ інсультів і транзиторних ішемічних атак трапляються у ВБС (Pirau L., Lui F., 2020). СКХА об'єднує комплекс церебральних, судинних, вегетативних синдромів, що виникають внаслідок ураження нервового (симпатичного) сплетіння ХА, деформації її стінки або зміни просвіту і клінічно може проявлятися широким спектром симптомів, включаючи запаморочення, атаксію, дизартрію, дисфагію, прогресуючий або гострий параліч, втрату чутливості, а також тривалий час можливий безсимптомний перебіг, що призводить до недооцінки СКХА у клінічній практиці (Li Q. et al., 2019).

Методи візуалізації в діагностиці СКХА включають рентгенографію шийного відділу хребта, ультразвукову доплерографію (УЗДГ) судин шиї та головного мозку, магнітно-резонансну томографію, мультиспіральну комп'ютерну томографію — ангиографію (МСКТ-АГ) (Попелянский Я.Ю. (ред.), 2008; Хофер М., 2011; Ausman J.I. et al., 2018). При проведенні УЗДГ часто дослідження ХА виконують лише частково, їх не оглядають по всій довжині, а лише в початковому сегменті, функціональні позиційні проби, що проводяться, мають обмеження у клінічному застосуванні й недостатню інформативність (Гаевский Ю.Г. и соавт., 2019). Водночас методика МСКТ-АГ має вищу інформативність у діагностиці патологічних станів різних судин, зокрема судин шиї (Lu T. et al., 2017; Зозуля І.С. и соавт., 2018).

Мета — визначити варіанти патології та причини СКХА методом МСКТ-АГ.

Об'єкт і методи дослідження

Ретроспективно проаналізовані результати МСКТ-АГ у 149 пацієнтів, які звернулися у Медичний центр «VitaCom діагностика» з підозрою на СКХА. Дослідження проводили на 64-зрізовому комп'ютерному томографі «Philips» з робочою станцією «Vitrea». Використані МСКТ-протоколи сканування з мінімальним рівнем променевого навантаження, включаючи описану нами раніше методику: при положенні голови пацієнта прямо і з позиційними пробями (використовували максимальні повороти голови вправо або вліво; вибір сторони повороту голови базувався на результатах УЗДГ, скаргах пацієнта, даних неврологічного обстеження) (Дибкалюк С.В. та співавт., 2012; Зозуля І.С. и соавт., 2018; Зозуля І.С. та співавт., 2019). При візуалізації ХА насамперед розглядали сегмент V₁ як найбільш варіабельний за гемодинамікою і судинними аномаліями і V₂ — як найбільш схильний до компресії внаслідок деформуючих змін шийного відділу хребта. Оцінювали такі параметри ХА: патологічну звивистість та її характер, діаметр просвіту, встановлювали фактори інтравазальної компресії — оклюзію просвіту ХА внаслідок органічного ураження інтими (гемодинамічнозначущого атеросклерозу, наслідків артеріїту) або тромбозу, або дисекції судинної артеріальної стінки. Порівняння вищезазначених параметрів ХА проводили при положенні голови прямо і після проведення позиційних проб.

Результати та їх обговорення

Хворі з підозрою на СКХА пред'являли різні скарги (рис. 1).