

**Висновки.** Селективна коронароангіографія дозволяє вірогідно діагностувати порушення прохідності КА. Застосування стентування КА у пацієнтів на ГІМ сприяє вірогідному поліпшенню систолічних властивостей міокарда ЛШ та відіграє провідну роль у швидкому відновленні показників регіонарного скорочення ЛШ унаслідок зменшення зон оглушеного міокарда.

### МРТ та МСКТ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ХРЕБТА

Вакарюк В.Є., Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Робак К.О., Маховський С.В., Сидорак І.В.  
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

**Мета роботи.** Визначити особливості МР-картини бактеріальних спондилітів та спондилодисцитів.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 64 пацієнти з підозрою на запальне ураження хребта. Всім хворим було виконано рентгенографію, 27 пацієнтам – СКТ та МРТ, 58 пацієнтам – МРТ, 17 пацієнтам – МРТ з в/в підсиленням.

**Результати.** Ознаками бактеріального спондиліту є ураження тіл хребців, а при розповсюдженні процесу на міжхребцеві диски зміни МР-сигналу поширюються і на останні (явища спондилодисциту). При цьому на МРТ уражені хребці мали нечіткі контури. На Т1 ЗЗ спостерігалось зниження МР-сигналу та неоднорідне підвищення МР-сигналу на Т2 ЗЗ. Різниця сигналу між міжхребцевим диском і тілами хребців на Т1 ЗЗ зникла. Сагітальні та фронтальні зрізи найчастіше демонстрували поширеність ураження. Найбільш виражене ураження паравертебральних тканин спостерігалось при туберкульозному спондиліті у вигляді паравертебральних інфільтратів. У 32 хворих візуалізувалось залучення у процес епідуральної клітковини з компресією дурального простору. У 21 пацієнта спостерігались деформація та патологічні переломи уражених хребців. При використанні в/в підсилення спостерігалось накопичення контрасту в уражених хребцях та міжхребцевих дисках.

**Висновки.** Використання МРТ підвищує якість діагностики запальних процесів хребта, виявляючи зміни не лише хребців, а і паравертебральних тканин.

### МР-ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПЕРИВАСКУЛЯРНИХ ПРОСТОРІВ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Вакарюк В.Є., Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Робак К.О., Маховський С.В.  
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Можливості МРТ у візуалізації периваскулярних просторів — відомий феномен, який зустрічається практично у кожного пацієнта. У деяких випадках зустрічаються велетенські периваскулярні простори як варіант їх розвитку, що вимагає диференційної діагностики з кістозними утвореннями супратенторіальних відділів головного мозку.

**Мета роботи.** Вивчити МРТ-картину розширених периваскулярних просторів супратенторіальних відділів головного мозку.

**Матеріали та методи.** МРТ головного мозку була виконана 15 пацієнтам віком від 18 до 57 років, які звер-

нулись до інституту нейрохірургії з приводу цефалгії. Обстеження проводились на високопольному МРТ 1,5 Тл. Протокол дослідження передбачав стандартну МРТ з отриманням постконтрастних зображень та дифузійно-зважених зображень (ДЗЗ).

**Результати.** У всіх випадках обсяг отриманих змін був різноманітним. Кістоподібні зміни переважно локалізувались перивентрикулярно та субкортикально в білій речовині головного мозку лобно-тім'яних ділянок. Сумарні розміри зони зміненого МР-сигналу складали 4,5x2x1,5 см. Характерною ознакою була орієнтація кістоподібних структур за ходом перфоруючих артерій із сигналом, ізоінтенсивним ліквору, без симптомів об'ємної дії. Реакція на введення контрастуючого агента була відсутня. На ДЗЗ кістоподібні структури мали гіпоінтенсивний МР-сигнал з вимірюваним коефіцієнтом дифузії в межах 0,00280-0,00290.

**Висновки.** Периваскулярні простори — це порожнини, що містять ліквор, оточують артерії і зустрічаються практично в усіх вікових групах. За наявності велетенських розмірів їх слід диференціювати з іншими кістоподібними утвореннями головного мозку.

### ОСОБЛИВОСТІ МР-ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІКО-СЕРОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ РАНЬОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Вершиніна Д.В., Рижик В.М., Дудій П.Ф., Витвицький З.Я.

*Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ*

**Вступ.** Прогресування ревматоїдного артриту (РА) відбувається найшвидше в перші два роки захворювання. Рання поява ерозій і деструктивних змін (у перші 3-6 міс. від початку захворювання) постає прогностично несприятливим чинником та показником необхідності проведення агресивної лікувальної стратегії. Стандартна рентгенографія, що є «золотим стандартом» у діагностиці РА, дозволяє вірогідно виявити ерозивні зміни у суглобах на індивідуальному рівні через 12 міс. від дебюту хвороби. При цьому незворотні зміни в суглобовому хрящі і підлеглій кістці відбуваються переважно впродовж перших 12 місяців хвороби, а рентгенологічно діагностуються значно пізніше. На сьогодні МРТ вважається більш чутливим методом для оцінки патологічних змін на ранніх доерозивних стадіях РА.

**Мета.** Встановити та оцінити взаємозв'язки клініко-серологічних даних та променеви методів у діагностиці уражень суглобів кистей при ранньому ревматоїдному артриті (РРА).

**Матеріал та методи.** Представлені результати базуються на дослідженні 130 пацієнтів із симетричними артритами суглобів кисті тривалістю до 1 року (середня тривалість суглобового синдрому — 8,2±2,3 міс.). Середній вік пацієнтів склав 42,8±7,3 року. Стандартне рентгенологічне дослідження кистей проводили в прямій проекції. Рентгенологічну стадію РА встановлювали за допомогою загальноновизнаної класифікації за Steinbrocker (1949). МРТ домінуючої кисті проводили на високопольному МР-томографі Siemens MAGNETOM Espree з індукцією магнітного поля 1,5 Тл. Протокол дослідження включав такі зважені зображення: аксіальні і корональні STIR-зображення, T2-SE в корональних проекціях, T1-FS-SE в корональній проекції, T1-33 до і відразу після введення контрастного агента, що містить

гадопентетат димеглумін (Gd-DTPA). Суглоби кисті і зап'ястка оцінювали якісно, а також за допомогою бальної системи OMERACT RA MPT окремо для оцінки кісткового набряку, синовіту та ерозій. Активність RA оцінювали за критеріями DAS28, серологічний статус — за ревматоїдним фактором (РФ) та антитілами до циклічного цитрульованого пептиду (антиЦЦП).

**Результати та їх обговорення.** При проведенні стандартного рентгенологічного дослідження кистей у прямій проекції не виявлено жодних специфічних рентгенологічних симптомів у 64 пацієнтів, навколосуглобовий остеопороз діагностовано у 46 (35,4%) пацієнтів, звуження суглобової щілини кісток зап'ястка — у 12 (9,2%). Кісткові ерозії верифіковані тільки у 8 пацієнтів з тривалістю захворювання більше ніж 9 міс. та високою активністю процесу (DAS28>5,1). При проведенні MPT у обстежених пацієнтів верифікували наявність кісткових ерозій, набряку кісткового мозку і синовіт, що є патогномічними симптомами RA. Результати MPT дозволили підтвердити діагноз PPA, а також виділити групу пацієнтів із несприятливими прогностичними чинниками — наявністю ерозій. Набряк кісткового мозку візуалізований у 107 (82,3%) пацієнтів, синовіт — у 98 (75,3%), ерозії — у 62 (47,6%) пацієнтів. Набряк кісткового мозку найбільш часто визначався в зоні кісток зап'ястка, з меншою частотою — у голівках п'ясткових кісток. Синовіт з найбільшою частотою визначався у зоні зап'ястка. За даними MPT, ерозії локалізувалися переважно в кістках II і III п'ястно-фалангових суглобів і в кістках зап'ястка (найчастіше у трапецієподібній і головчастій кістках). Субхондральні ерозії в стадії формування візуалізувалися у вигляді гіпоінтенсивних на T1-33 і гіперінтенсивних на T2-33 структур розміром від 1 мм, із чіткими нерівними краями. Ерозії були плоскими, їх протяжність превалювала над глибиною. Наявність набряку кісткового мозку не асоціювалася із ступенем запального процесу, проте ерозії кісток і синовіт частіше виявлялися у пацієнтів із високою активністю захворювання ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,01$  для пари ерозії/DAS28 і  $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$  для пари синовіт/DAS28). У всіх пацієнтів, серопозитивних за РФ і антиЦЦП, ерозії, синовіт і остеїт виявляли з більшою частотою, ніж у серонегативних. Так, при позитивному антиЦЦП рахунок синовіту склав  $5,14 \pm 1,12$  бала, при негативному антиЦЦП —  $2,84 \pm 0,87$  бала ( $p < 0,05$ ); рахунок ерозій —  $3,34 \pm 0,67$  бала при позитивному антиЦЦП проти  $1,92 \pm 1,06$  бала при негативному ( $p < 0,05$ ). Найвищі рахунки синовіту були виявлені при DAS28>5,1 та серопозитивності за РФ і антиЦЦП. Наявність ерозій та їх рахунок у більшому ступені корелювали із серологічним статусом пацієнтів, ніж з активністю RA. Ці результати є особливо важливими щодо ранньої діагностики RA. Внаслідок того, що можливість візуалізувати ерозії рентгенологічно з'являється приблизно на 1-2 роки пізніше, ніж при MPT, а РФ у деяких дослідженнях вважається недостатньо чутливим критерієм на ранніх стадіях захворювання, саме проведення MPT і аналіз отриманих результатів може мати неабияку значущість на етапі ранньої диференціальної діагностики захворювань суглобів.

**Висновок.** Проведення MPT у пацієнтів із PPA дозволяє вірогідно візуалізувати такі симптоми, як набряк кісткового мозку, синовіт та ерозії, що є важливим для верифікації діагнозу на ранній додеструктивній стадії процесу та визначення ступеня прогресування захворювання. Наявність у пацієнтів антитіл до цитрулінованих білків, висока клініко-лабораторна активність

(DAS28>5,1) і виявлення ерозивних змін на MPT кистей у дебюті захворювання є маркером прогностично несприятливого перебігу RA, що вимагає більш активних лікувальних заходів. Отримані результати вказують на доцільність проведення MPT кистей у пацієнтів із PPA.

#### ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Вороньжев И.А., Крамной И.Е., Мамиконова Н.А.,  
Овчарова И.А., Лимарев С.В., Антипов А.Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Дифференциальная диагностика заболеваний органов пищеварительной системы у детей, перенесших родовую краниоспинальную травму, сохраняет свою актуальность в современной неонатологии и рентгенологии. Лучевая диагностика приобретенной кишечной непроходимости у данной группы больных является одной из важных проблем и требует проведения дифференциальной диагностики с врожденной патологией кишечника.

**Цель.** Изучить особенности лучевой диагностики кишечной непроходимости у детей с перинатальными поражениями ЦНС.

**Материал и методы.** Изучены данные рентгенологического и ультразвукового (УЗИ) методов исследования кишечника 37 детей в возрасте до 1 года (21 мальчик и 16 девочек), находившихся на лечении в городском перинатальном центре с диагнозом: гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС, краниоспинальная родовая травма. Вегето-висцеральные нарушения. Для верификации диагноза всем больным проводились УЗИ и MPT головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника и полное клинико-лабораторное исследование. В 16,2% случаев проводилась ирригография. У 10,8% умерших детей диагноз подтвержден патоморфологически.

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенных исследований установлено, что наиболее типичной формой кишечной непроходимости у этих больных была динамическая тонкокишечная непроходимость, выявленная у 62,2% больных. При рентгенологическом исследовании отмечалось большое количество газа в петлях кишечника, выявлялись мелкие горизонтальные уровни в тонкой кишке с преобладанием газа над жидкостью; при УЗИ отмечалось утолщение и неоднородность стенки кишки, отсутствие перистальтики и наличие растянутых жидким содержимым петель тонкой кишки. Вышеописанные рентгенологические и УЗИ-изменения отмечались у больных с транзиторными и неструктивными поражениями ЦНС в результате родовой краниоспинальной травмы.

Тонкотолстокишечная динамическая непроходимость определялась у 24,3% детей, рентгенологически отмечались множественные чаши Клойбера тонкой и толстой кишок с преобладанием газа, причем для тонкой кишки характерны были чаши с преобладанием основания над высотой, а для чаш в толстой кишке — преобладание высоты чаши над ее основанием. При УЗИ, наряду с утолщением стенки кишки и отсутствием перистальтики, отмечалось реактивное скопление жидкости в брюшной полости и резкое расширение