

роспективна оцінка денситограм поперекового відділу хребта. Відповідно до проведених досліджень показник TBS має похибку вимірювання 1-2%.

Для жінок у постменопаузальному періоді запропоновані наступні критерії для оцінки показника TBS: норма —  $TBS \geq 1,350$ ; частково порушена мікроархітектура трабекулярної кісткової тканини —  $1,200-1,350$ ; значні зміни —  $\leq 1,200$ . Зазначені відрізки точки були створені робочою групою експертів з TBS із різних країн за аналогією до трьох категорій оцінки МЩКТ, а саме нормальної МЩКТ, остеопенії та остеопору.

**Висновки.** Проаналізовані діагностичні можливості основних методів діагностики остеопору. Встановлено, що якість трабекулярної кісткової тканини є незалежним від МЩКТ чинником та має важливу діагностичну цінність під час оцінки структурно-функціонального стану кісток.

### КЛІНІКО-РАДІОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ТА ПІОГЕННОГО СПОНДИЛІТІВ

Шармазанова О.П., Дереш Н.В.

<sup>1</sup>Харківська медична академія

післядипломної освіти, м. Харків, Україна

<sup>2</sup>Діагностичний центр «Омега», м. Київ, Україна

**Мета** — виділити відмінні клініко-радіологічні характеристики туберкульозного та гнійного спондиліту.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно розглянуті історії хвороби, КТ і МРТ 20 дорослих пацієнтів, 13 з піогенним спондилітом, 7 з туберкульозним. Діагнози підтверджені на підставі бактеріологічного та культурального досліджень і на основі клініки, позитивної динаміки після антибіотикотерапії. Причинами піогенного спондиліту виявлявся золотистий стафілокок та синьоїгняна паличка (у 50% був асоційований із цукровим діабетом). Причиною туберкульозного — мікобактерія туберкульозу. КТ проводилось на 16-зрізовому сканері, МРТ на 0,2 Т і 1,0 Т сканерах із використанням спінальної котушки, в 3 випадках — із контрастуванням. Оцінювались такі критерії: співвідношення клінічних проявів та вираженість виявлених деструкцій хребців, кількість уражених хребців, співвідношення деструкції тіла хребця та міжхребцевого диска, характеристики секвестрів, превалювання типу поширення інфекції, ураження дуговідросткових суглобів, особливості паравертебральних абсцесів (стінка і вміст), контрастне підсилення, кіфотична деформація.

**Результати.** Туберкульозний спондиліт характеризувався повільним початком, мало вираженою клінікою та глибокими деструкціями хребців. Були уражені 2 та більше хребців. Деструкція тіла хребця переважала над деструкцією диска. Секвестри крупні, губчасті; превалював черездисковий та підзв'язковий тип поширення інфекції; рідше уражались дуговідросткові суглоби. Паравертебральний абсцес щільний, без капсули, з кальцинаціями. Контрастне підсилення гетерогенне. Частіше — розвиток кіфотичних деформацій. Піогенний спондиліт характеризувався гострим початком та бурхливою клінікою при ледь помітних поверхневих деструкціях хребців. Деструкція диска переважала

над деструкцією тіла хребця (абсцес диска); секвестри дрібні, кортикальні; превалював черездисковий та епідуральний тип поширення; частіше уражались дуговідросткові суглоби; паравертебральний абсцес мав товсту/тонку гладку стінку (піогенну капсулу), високобілковий рідинний вміст, газ; контрастне підсилення піогенної капсули; рідко-розвиток кіфотичних деформацій.

**Висновки.** Туберкульозний та піогенний спондиліти мають відмінні клініко-радіологічні характеристики, які можна оцінити за допомогою КТ і МРТ. Це може вплинути на вибір лікування.

### СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМАМИ

Шевчук Л.А., Солодянникова О.И.,

Головко Т.С., Лаврик Г.В., Бакай О.О.

Национальный институт рака, г. Киев, Украина

**Вступление.** В связи с частым включением в схемы ПХТ антрациклинов, вариабельностью проявлений токсичности препаратов принципиальным остается вопрос определения ранних доклинических признаков кардиальной дисфункции.

**Цель** — изучение диастолической функции миокарда до-, на парных этапах и по завершении ПХТ у пациентов с лимфомами.

**Материалы и методы.** В Национальном институте рака в течение 2014-2016 гг. обследовано 122 пациента с лимфомами (НХЛ, ЛХ), получающих кардиоагрессивные схемы ПХТ. Из них мужчины — 40 (32,8%), женщины — 82 (67,2%). Средний возраст мужчин —  $51,7 \pm 17,2$  года и женщин —  $48,3 \pm 17,9$  года, соответственно.

Согласно данным базовой электрокардиограммы (ЭКГ), Эхо-КГ все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я — 54 (44,3%) пациента с кардиальной патологией (КП), 2-я — 24 (19,7%) пациента без КП, 3-я — 44 (36%) пациента с кардиальными осложнениями, как проявление прогрессии лимфом.

Всем пациентам выполнена трансторакальная Эхо-КГ по стандартной методике до, на парных этапах и по завершении ПХТ. Оценивались показатели систолической, диастолической функций сердца.

**Результаты.** Независимо от типа нозологии, схемы ПХТ субклинически значимыми и чувствительными оказались именно параметры диастолической функции миокарда ЛЖ: при ЛХ у пациентов с КП — пик Е, пик А, соотношение Е/А, dt; у пациентов без КП — пик Е, пик А, соотношение Е/А, IVRT; у пациентов с прогрессией лимфом — dt.

При НХЛ: у пациентов с КП — dt; у пациентов без КП — пик А, соотношение Е/А, IVRT, dt; у пациентов с прогрессией лимфом — IVRT.

**Выводы.** Эхо-КГ позволяет выявить ранние доклинические параметры кардиотоксического влияния ПХТ, оценить истинное состояние релаксационных возможностей миокарда, полноценной насосной функции сердца. При выявлении диастолической дисфункции — рекомендовать менее кардиоагрессивную схему ПХТ, редуцировать дозы цитостатиков, назначить сопроводительную кардиотерапию, дать рекомендации по дальнейшему ведению пациентов.