

**Висновки.** Традиційний рентгенологічний метод дослідження поряд з ендоскопічним є основними методами діагностики раку шлунка різної локалізації, які допомагають провести диференціальну діагностику з іншими захворюваннями, що мають схожий перебіг. В алгоритмі обстеження пацієнтів на РШ застосування цифрової рентгенографії, а потім ендоскопічного обстеження з прицільною біопсією дозволило поліпшити показники виявлення даної патології. Таким чином, методично правильно виконане цифрове дослідження шлунка дозволило поліпшити діагностику РШ і підвищити його виявлення на більш ранніх стадіях захворювання (з 16,1% при використанні звичайного рентгенологічного дослідження шлунка до 36% при цифровій рентгенографії шлунка). СКТ дозволяє провести диференціальну діагностику й отримати додатковий обсяг інформації в діагностиці та стадіюванні раку шлунка. Кардинальна зміна ситуації можлива тільки при поліпшенні виявлення хворих на ранніх стадіях і вимагає насамперед організаційних рішень і створення ефективної системи раннього виявлення РШ та інших пухлинних захворювань, у тому числі і шляхом стандартизації методики цифрової рентгенографії шлунка. Таким чином, скринінгова програма використання променевих методів діагностики раку шлунка потребує подальшого розвитку.

#### ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЛІВОГО ТА ПРАВОГО ШЛУНОЧКІВ

М.О. Бортний<sup>1</sup>, Є.Л. Сиротніков<sup>2</sup>, О.О. Романенко<sup>2</sup>,  
І.В. Кузнецов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти  
МОЗ України

<sup>2</sup> КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 8»

**Вступ.** Ішемічна хвороба серця залишається, як і раніше, однією з основних проблем сучасної медицини, що пояснюється її великою поширеністю, високою смертністю та інвалідизацією. Переважна частина дослідників звертає увагу на стан лівого шлуночка серця, який уражається практично у всіх випадках гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Лише невелика кількість робіт присвячена вивченню стану правого шлуночка у хворих на ГІМ, що пояснюється значними труднощами в неінвазивній оцінці скоротливої функції правого шлуночка (ПШ). Проте останніми роками було показано, що некротичні зміни в стінці ПШ розвиваються приблизно у 15% всіх хворих на ГІМ, більше половини з яких відзначаються у хворих з інфарктом міокарда нижньої або задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ). Постінфарктна дисфункція ПШ вважається одним з найважливіших чинників несприятливого прогнозу у хворих, що перенесли ГІМ ЛШ. Ізольований інфаркт міокарда правого шлуночка (ІМПШ) зустрічається вкрай рідко (3-5%). Діагностика ІМПШ утруднена через особливості анатомічної будови ПШ, його кровопостачання, перебігу захворювання. **Метою нашої роботи** була оцінка можливостей сучасних методів променевої діагностики та лікування в гострому періоді ІМ лівого та правого шлуночків.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 16 пацієнтів (11 — із поєднаним інфарктом міокарда правого і лівого шлуночків (група А) та 5 — з ІМПШ (група Б)),

котрі перебували на лікуванні в міському кардіологічному центрі КЗОЗ «ХМКЛ № 8». Середній вік хворих склав 59±8 років. Усім пацієнтам проведені загальноклінічне та рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (ОГК). Моніторинг ЕКГ та ехокардіографію (ЕхоКГ) проводили за стандартною методикою з використанням рекомендацій Американського ехокардіографічного товариства в 1-у, 3-ю та 7-у добу захворювання. У В-режимі за формулою "площа-довжина" розраховували кінцево-діастолічний об'єм (КДО) ЛШ (мл), кінцево-систолический об'єм (КСО) ЛШ (мл), фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%). Усім пацієнтам у гострий період ІМ проведена селективна коронарографія і транслюмінальна балонна ангіопластика (ТЛБА) зі стентуванням коронарних артерій в умовах відділення ангіографії, обладнаного рентгеноангіографічним комплексом BRANSIST alexa (фірма Shimadzu). Час від початку болю до госпіталізації в клініку склав 3,2±2,7 години, час від початку болю до ангіопластики ("симптом-балон") — 4,8±2,5 години.

**Результати.** При порівнянні показників скоротливої можливості ПШ, за даними ехокардіографії, було виявлено, що у хворих першої групи індекс локальної скоротливості ПШ був більшим, ніж у пацієнтів з ізольованим ІМПШ (1,8±0,2 і 1,3±0,1). Крім того, у хворих з ІМПШ площа ураження міокарда була істотно більшою. У 4 пацієнтів з ІМПШ вогнище ІМ знаходилося в задній і передньолатеральній частині вільної стінки правого шлуночка і лише в 1 — в задній стінці. У групі А порушення локальної скоротливості ПШ у середньому складало 60±11 проти 29±11% у групі Б. Гіпертрофія стінки ПШ спостерігалася тільки в 1 пацієнта з ІМПШ, тоді як дилатація правого шлуночка — у 5. Дилатація ПШ була єдиною анатомічною особливістю, що відрізняла хворих з ІМПШ. Тромби в правому шлуночку виявлені у 2 хворих з ІМПШ. При порівнянні показників хворих обох груп не виявлено значних відмінностей між ними як щодо перебігу захворювання, так внутрішньосерцевої гемодинаміки. Водночас, дилатація ПШ частіше зустрічалася у хворих на ІМПШ.

За результатами діагностичної коронарографії, у пацієнтів групи Б спостерігалася ураження правої коронарної артерії (КА). Ступінь звуження правої КА був однаковим як у хворих з ІМПШ, так і у хворих з поєднаним ІМЛШ та ПШ. У всіх пацієнтів на ІМПШ визначали проксимальну оклюзію правої КА в поєднанні з ЕКГ-ознаками інфаркту стінки ПШ. У пацієнтів групи А — у 7 (63,3%) пацієнтів визначено поєднане ураження лівої і правої КА та у 4 (36,4%) осіб — передньої міжшлуночкової артерії. При цьому у 12 (75%) пацієнтів всіх досліджених тромбоз інфарктзалежної КА супроводжувався кровотоком ТІМІ 0, у 4 (25%) хворих кровотік зберігався на рівні ТІМІ I. ТЛБАП із встановленням стента проводилася "ad hoc" методом безпосередньо після виконання діагностичної коронарографії. Після попередньої реканалізації і предилатації всім пацієнтам проведена первинна коронарна ангіопластика зі стентуванням інфарктзалежної КА. У всіх пацієнтів був досягнутий кровотік ТІМІ III і залишковий стеноз менше ніж 10%, що є ангіографічним критерієм успішної процедури. ЕхоКГ-дослідження при госпіталізації виявило в середньому по групі нормальні параметри порожнин ЛШ і ПШ, однак систолічна функція ЛШ виявилася зниженою. Вже до 3-ї доби спостерігалася вірогідне поліпшення систолічної функції ЛШ — ФВ ЛШ збільшилася з 48,87 до 51,64% (p<0,01), а до 7-ї доби — до 54,72% (p<0,001). КДО ЛШ до 7-ї доби спостереження зменшився з 131,8 до 128,6 мл (p<0,05).

**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 зникала. 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 спостерігалися 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-

нулися 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 променевого 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