

**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 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 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