

## КОМБІНОВАНІ ПРОМЕНЕВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ ЕПІКАРДІАЛЬНОГО ЖИРУ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Божок А.А.<sup>1</sup>, Шармазанова О.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Національний інститут терапії  
ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків  
<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної  
освіти МОЗ України, м. Харків

**Вступ.** Епікардіальна жирова тканина (ЕЖТ) має вагоме значення за рахунок свого тісного контакту з міокардом і коронарними артеріями, а вимірювання її товщини надає більш точну інформацію для подальшого прогнозу серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Товщина епікардіальної жирової тканини (тЕЖТ)  $\geq$  7 мм на рівні правого шлуночка (ПШ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) взаємопов'язана зі структурно-геометричними і функціональними порушеннями міокарда. Водночас немає чіткого алгоритму щодо поєднаного застосування променевих методів діагностики.

**Мета** — покращення променевої діагностики епікардіальної жирової тканини у пацієнтів з абдомінальним ожирінням шляхом використання комплексу променевих методів.

**Матеріали та методи.** Дослідження антропометричних параметрів (ІМТ, ОТ) у пацієнтів з АО, формування груп залежно від ступенів АО, статі і віку, наявності ГХ або ІХС. Під час проведення ехокардіоскопії відмічається збільшення тЕЖТ ( $\geq 7$  мм) із перевищенням порогових показників ТС лівого і правого шлуночка (ЗСЛШ  $>1,1$  см; ТСПШ  $>0,5$  см). Сформовані групи з тЕЖТ  $\geq 7$  мм дообстежуються шляхом комплексних рентгенологічних методик (рентгеноскопія, рентгенографія з кардіометрією, в окремих випадках рентгенівська комп'ютерна томографія) з метою виявлення та кількісної оцінки тЕЖТ.

**Результати і висновки.** Уточнення параметрів порогових значень тЕЖТ у хворих з АО, ССЗ (ГХ, ІХС), залежно від віку та статі, дозволяє встановити взаємозв'язок між тЕЖТ зі стадіями гіпертонічної хвороби та поширеністю коронарного атеросклерозу. Застосування розробленого комплексу променевих досліджень і виявлення оптимального обсягу використання променевих методик дозволить клініцистам своєчасно діагностувати граничні стани, обирати тактику лікування пацієнтів, проводити профілактичні дії, підвищити специфічність та точність скринінгових променевих методик. Запропоновані порогові величини тЕЖТ слід розглядати як прямий критерій ризику ССЗ.

## ЕНДОМЕТРІОЗ: ПОЗАОРГАННІ ПРОЯВИ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

Болгова І.М., Гурандо А.В.,  
Козаренко Т.М., Карачарова І.Ю.  
ТОВ «Капітал», Універсальна клініка «ОБЕРІГ»,  
Україна, м. Київ

**Вступ.** Ендометріоз є одним із найбільш поширених захворювань жіночої репродуктивної системи, що поступається за частотою лише запальним захворюванням жіночої репродуктивної системи і міомі матки. В основі розвитку захворювання лежить комплекс імунних і гормональних порушень, однак точні

причини його ще не встановлені. Добре відомий зв'язок між ендометріозом і безпліддям. Частота безпліддя при ендометріозі, за даними різних авторів, коливається від 30-40 до 60-80%. У зв'язку з цим своєчасна діагностика ендометріозу не тільки зберігає репродуктивну функцію жінки, але й попереджає в подальшому інвалідизацію пацієнток.

**Мета** — підвищення ефективності МРТ-діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу з урахуванням особливостей його поширення. Своєчасна діагностика ендометріозу не лише зберігає репродуктивну функцію жінки, але й запобігає в подальшому, інвалідизацію пацієнток.

**Матеріали та методи.** проведений ретроспективний аналіз і представлені результати обстеження 27 пацієнток із підозрою на глибокий тазовий ендометріоз віком від 24 до 45 років (середній вік — 34,5 років), у тому числі 3 жінки в динаміці. Дослідження проводилося на 1,5t MPT-системі EXCELART Vantage XGV виробництва Toshiba Medical Systems Corporation. Всім пацієнткам виконувалася МРТ малого таза за стандартною методикою із внутрішньовенним введенням контрастної речовини, а також з використанням додаткових МР-програм (T2 FSE with high resolution, 3D T1 FFE FS and GRE T2).

**Результати.** Встановлено, що найбільш частою локалізацією глибокого інфільтративного ендометріозу є ректовагінальний простір — 17 (63%) випадків і матково-крижові зв'язки — 7 (26%) випадків, поєднана форма глибокого ендометріозу ректовагінального простору і матково-крижових зв'язок спостерігалась лише у 3 (11%) випадках. У більшості випадків у нашому дослідженні переважає інфільтративна форма у поєднанні з ендометріюідними гетеротопіями — 16 (59%) випадків, вузлова форма виявлена у 2 (7%) випадках. Потовщення стінки кишки, піхви і сечового міхура виявлено у 9 (34%) випадках. МРТ-метод дозволяє оцінити глибину поразки стінки кишки, визначити довжину зони поразки, наявність стенозів кишки, оцінити глибину і протяжність інвазії. Використання внутрішньовенного контрастування не підвищує ефективність діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу.

**Висновки.** Відмічені особливості МР-семіотики глибокого інфільтративного ендометріозу з метою підвищення ефективності його діагностики, а також оцінки динаміки процесу при медикаментозному лікуванні. Модифікований протокол МР-дослідження з використанням додаткових програм (T2 FSE with high resolution, 3D T1 FFE FS and GRE T2) ендометріозу дозволить фахівцям з променевої діагностики точніше оцінювати обсяг ураження на 4,3% та може бути корисним гінекологам у випадках планування хірургічного втручання.

## МСКТ-КОНТРОЛЬ ПЕРКУТАННОЇ ПУНКЦІЙНОЇ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГіОМАХ ХРЕБТА

Бондарчук Т.І., Робак О.П., Гарматіна О.Ю.,  
Робак К.О., Педаченко Ю.Є.  
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова  
НАМН України», м. Київ

Гемангіома хребця — доброякісна судинна пухлина. Клінічне значення мають лише ті гемангіоми, які рентгенологічно можна тлумачити як таке, що рос-