

Контрольну групу становили 20 пацієнтів без розривів та атрофії м'язів за даними МРТ та артроскопії.

**Результати.** Оцінено ступінь анатомічного та функціонального відновлення ротаторної манжети плеча через 6 та більше місяців після проведення оперативного втручання. Контрольне МРТ плечового суглоба виконувалось аналогічно до передопераційного дослідження. Розміри пошкодження були підтверджені під час артроскопічної операції у всіх пацієнтів. У 15 (20%) пацієнтів виявлено малі пошкодження. У 24 (32%) випадках серед обстежених хворих на доопераційному етапі були виявлені великі та масивні розриви сухожилка надостьового м'яза (за класифікацією Cofield), які поєднувалися з III-IV ступенем м'язової атрофії (за класифікацією Goutallier et al). У 8 (10,7%) хворих із цієї підгрупи оперативне втручання не дало до повного анатомічного та відповідно функціонального відновлення. У даній групі хворих при контрольних МРТ були виявлені повторні пошкодження сухожилка надостьового м'яза. У 36 (48%) пацієнтів великі пошкодження були поєднані з I-II ступенем м'язової атрофії, на постопераційних МРТ демонстрували збережену цілісність відновленого оперативним втручанням сухожилка, та клінічно функція в суглобі була відновлена.

**Висновки.** Використання оптимізованих МРТ-протоколів з постпроцесинговою кількісною оцінкою розмірів розриву сухожилка надостьового м'яза та ступеня атрофії і сухожолі дегенерації м'яза на доопераційному МРТ є важливими чинниками, що можуть об'єктивно демонструвати прогноз запланованого оперативного лікування. Вищезазначені предиктори потрібно враховувати під час оцінки можливостей анатомічного та функціонального відновлення плечового суглоба.

### НЕЙРОВІЗУАЛІЗУЮЧА ДІАГНОСТИКА ПАРА- ТА ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ЛІКВОРНИХ КІСТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДІТЕЙ

*Михалюк В.С., Робак О.П., Гарматіна О.Ю.,  
Робак К.О., Вакарюк В.Є.*

*ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова  
НАМН України», м. Київ, Україна*

Під пара- та інтравентрикулярними кістами розуміють наповнені ліквором утворення, які не мають посереднього сполучення із шлуночковою системою та лікворними просторами. До них належать паравентрикулярні внутрішньомозкові, арахноїдальні кісти та інтравентрикулярні кісти (кісти судинних сплетень, епендимарні кісти, ізольовані фрагменти шлуночків).

**Мета дослідження** – оптимізація діагностичного нейровізуалізуючого комплексу при пара- та інтравентрикулярних лікворних кістах.

**Матеріали і методи.** Було досліджено 166 пацієнтів віком від 1 міс. до 18 років. Нейровізуалізуючі дослідження до оперативних втручань включали КТ (n=126; 75,9%) та МРТ- (n=159; 95,8%) дослідження.

**Результати та їх обговорення.** При стандартному дослідженні МРТ у трьох площинах і двох режимах побудови зображення метод дозволяв виявити пара- та інтравентрикулярні лікворні кісти в переважній кількості випадків. Враховуючи відмежованість (замкнутість) кіст їх МР-сигнал відрізнявся від сигналу ліквора внаслідок підвищення клітинного та білкового компоненту, що розцінювалось як підтвердження

відокремлення порожнини. При виконанні МСКТ щільність кістозного вмісту переважала над щільністю ліквора. Більш чітко на фоні ліквора візуалізувалися внутрішньошлуночкові перетинки. В післяопераційному періоді ендоскопічних хірургічних втручань МСКТ використовували для моніторингу стану шлуночкової системи, динаміки кіст та можливих ускладнень.

**Висновки.** Для визначення морфонеїровізуалізуючих особливостей пара- та інтравентрикулярних кіст методи МРТ і МСКТ доповнюють один одного.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВАНИИ УЧЕТА ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЛЕГКИХ ПРИ ТЭЛА С ПОМОЩЬЮ КТАПГ

*Мягков А.П., Рудик Н.В.*

*Государственное заведение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье, Украина*

**Введение.** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — одна из наиболее важных проблем современной клинической медицины и является третьим по летальности острым кардиоваскулярным заболеванием. Анализ анатомических особенностей легочных сосудов и оценка пораженных артерий с помощью методов лучевой диагностики может стать важным подспорьем в понимании прогнозирования течения ТЭЛА, разработки адекватной лечебной тактики и оценки результатов лечения. Существует несколько методов расчета объема поражения артериального русла легких при ТЭЛА. Среди них наиболее распространенными в Европе является индекс Миллера (Miller G.A., 1971), а в США – индекс Уолша (Walsh P.N., 1973). Кроме них также используются показатели обструкции сосудистого русла Qanadli S.D.(2001) и Mastora I. (2003). Все вышеуказанные индексы и способы позволяют осуществить количественную оценку степени тяжести ТЭЛА.

**Цель** – усовершенствование способа расчета объема поражения артериального русла легких с помощью компьютерно-томографической ангиопульмонографии.

**Материалы и методы.** С этой целью обследованы 36 больных с ТЭЛА, которые находились на лечении в различных отделениях Запорожской областной клинической больницы. Возраст исследуемых больных колебался от 41 до 80 лет при среднем возрасте 62 года (63±14,4). Распределение по возрастным группам было следующим: 40-49 – 5 (14%); 50-59 – 10 (28%); 60-69 – 14 (39%); 70-79 – 6 (17%); 80 и старше – 1 (3%). Исследования проводились с использованием 4-срезового спирального компьютерного томографа. В процессе лечения повторная КТАПГ была выполнена всем 36 (100%) больным. Расчет объема поражения артериального русла легких с помощью КТАПГ проводился на основании предложенного нами способа. После проведения КТАПГ изучали наличие и состояние сегментарных, долевых, главных легочных артерий и легочного ствола, локализацию поражения и нарушения перфузии. Кроме этого, для определения легочной гипертензии и дисфункции правого желудочка сердца определяли диаметры легочного ствола, аорты и соотношение их диаметров (АО/ЛА), правой и левой ЛА, размеры правого и левого желудочка