

виявлено (патологічного контрастного підсилення не виявлено) – встановлено у 2 випадках, категорію MRM-BI-RADS 2 – доброякісні ураження (кісти, фіброаденоми) — у 3 випадках. Пацієнтки цих категорій не потребували спеціального динамічного контролю за допомогою МР-мамографії. Категорію MRM-BI-RADS 4 – підозріла патологія (ймовірність раку молочної залози від 2 до 95%) визначено у 3 обстежених жінок, яким рекомендована консультація в онкодиспансері з метою проведення біопсії та верифікації діагнозу. У 2 жінок встановлено категорію MRM-BI-RADS 5 – висока підозра на малігнізацію (ймовірність раку молочної залози 95%). Чотири пацієнтки з гістологічно верифікованим раком, що перебували на лікуванні в Полтавському обласному онкологічному диспансері, направлені на МР-мамографію з метою передопераційного стадіювання та для уточнення мультицентричного та мультифокального росту. Після проведення обстеження та оцінки результатів їм виставлена категорія MRM-BI-RADS 6 з рекомендаціями продовжити лікування.

Ще 3 жінки було обстежено для оцінки стану імплантів молочної залози (у тому числі для виявлення розриву оболонки протеза). Слід відмітити, що МР-мамографія дозволяє чітко диференціювати (за допомогою спеціального протоколу дослідження) компоненти імплантів як силіконові, так і сольові. Але у разі таких досліджень категорія BI-RADS не виставляється.

Таким чином, МР-мамографія є досить інформативним уточнюючим методом дослідження патології молочної залози з високою щільністю. А застосування системи BI-RADS для інтерпретації даних МР-мамографії стандартизує протокол опису, термінологію, встановлює категорії оцінки, де чітко визначено ступінь ризику виникнення РМЗ.

ЗМІНИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СТЕНОЗАМИ ТА ОКЛЮЗІЯМИ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

*Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Мороз В.В.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ*

Патологія церебральних судин є однією з основних проблем сучасної медицини. Серед причин недостатності мозкового кровообігу та розвитку інсульту хронічні стенози та оклюзії брахіоцефальних артерій (БЦА) посідають провідне місце. Хірургічне втручання, направлене на поліпшення кровопостачання головного мозку (ГМ) з метою попередження розвитку інсульту, виконується шляхом ендартеректомії та накладання екстра/інтракраніального мікровакулярного анастомозу. Перфузійний дефіцит тканини головного мозку при патологічних станах судин голови та шиї може бути з високою інформативністю досліджений за допомогою перфузійної мультиспіралісної комп'ютерної томографії (ПМСКТ).

Мета дослідження. Проаналізувати зміни показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів з хронічними стенозом/оклюзією БЦА до та після хірургічної корекції за результатами ПМСКТ.

Матеріали та методи. ПМСКТ ГМ була виконана 44 пацієнтам із стенозом/оклюзією БЦА до та після

хірургічної корекції. Наявність та ступінь стенозу/оклюзії БЦА встановлювали за допомогою селективної церебральної ангиографії (СЦАГ). МСКТАГ та ПМСКТ виконувались за стандартними методиками. Нормовані значення CBF (nCBFСМА), CBV (nCBVСМА) були скориговані щодо контрлатеральної сторони, розраховували в басейні середньої мозкової артерії (СМА) та порівнювали у симетричних ділянках. Статистично вірогідними вважали результати при $p < 0,05$.

Результати. За даними ПМСКТ звуження просвіту БЦА (>70%) призводило до гіперперфузії мозкової речовини. Встановлено зміни показників перфузії тканини головного мозку обох півкуль ГМ із переважним порушенням гемодинаміки іпсилатерально. Після хірургічної корекції контрольні МСКТАГ і СЦАГ визначили достатнє заповнення басейнів СМА. При контрольній ПМСКТ, яка виконувалась через 3-6 міс. після хірургічного втручання, реєстрували поліпшення перфузії ГМ у вигляді збільшення CBF (nCBFСМА), зменшення CBV (nCBVСМА). Для перед- та післяопераційних періодів були отримані такі значення показників перфузії ГМ: nCBFCMA — $0,76 \pm 0,3$, $1,76 \pm 0,19$; nCBVСМА — $1,05 \pm 0,16$, $0,95 \pm 0,14$ відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати ПМСКТ свідчать про ефективність хірургічної корекції, яка виконувалась з метою поліпшення перфузії ГМ при хронічних стенозах та оклюзіях БЦА.

ПРИМЕНЕНИЕ МДКТ-АНГИОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭКСТРА- И ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Давиденко Я.В.

МСЧ «Нефтехимик», г. Кременчуг

Цель работы. Изучить варианты и особенности строения экстра- и интракраниальных артерий.

Материалы и методы. 1317 пациентам с неврологической симптоматикой, в возрасте от 18 до 69 лет проведена ангиография экстра-интракраниальных артерий на МДКТ «Definition AS»64 для исключения «кинкинга», аневризм, мальформаций, окклюзий, стенозов артерий. Скорость введения контраста — 5-5,5 мл/с (50 мл).

Результаты. Аплазия задних соединительных артерий (ЗСА) встречалась у 629 (47,7%) пациентов, задних мозговых артерий — у 48 (3,6%), передней соединительной артерии — у 11 (0,8%) человек, передней мозговой артерии (ПМА) — у 20 (1,5%). Гипоплазия ПМА отмечена у 46 (3,5%) человек, гипоплазия позвоночных артерий (ПА) — у 144 (10,9%). Трифуркации внутренней сонной артерии выявлены у 248 (18,8%) человек.

Аневризмы мозговых артерий выявлены у 14 (1,1%) человек, деформации (кинкинг) экстракраниальных артерий — у 922 (70,0%), атеросклероз экстра-интракраниальных артерий — у 350 (26,6%), аномалия Киммерли — у 189 (14,4%), артерия Вильдера — у 44 (3,3%). Значимые стенозы артерий выявлены у 7 (0,7%) человек.

Выводы. МДКТ-ангиография экстра-интракраниальных артерий — неинвазивный, безопасный метод диагностики, помогает определить тактику лечения пациента, позволяет уменьшить количество диагностических инвазивных ангиографий.