

вогнищеве ураження печінки (30 – злякисне і 35 – доброякісне).

Висновки. МДКТ із використанням багатофазного протоколу контрастування є достовірним неінвазивним методом диференційної діагностики злякисних і доброякісних новоутворень печінки. Чутливість і специфічність методу при злякисних пухлинах складає — 100 та 95,8% відповідно, при доброякісних — 100 та 95,3%. Диференційна діагностика гепатоцелюлярної аденоми і неускладненої форми гепатоцелюлярного раку потребує морфологічної верифікації завдяки подібним семіотичним ознакам при МДКТ.

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ

*Танасічук В.С., Федьків С.В., Бабкіна Т.М.,
Танасічук-Гажієва Н.В., Шпак С.А.*

*Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

ДУ «Національний науковий центр

«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»

НАМН України», м. Київ, Україна

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Суттєвого значення набувають методи променевої діагностики у хворих із хронічними формами ішемічної хвороби серця (ІХС) при ревазуляризаційних втручаннях для вивчення особливостей ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) серця, як головної чинника прогнозування перебігу ІХС.

Мета — вивчити вплив ревазуляризації міокарда на ремоделювання ЛШ серця у хворих із хронічною ІХС за допомогою сучасних методів томографічної візуалізації (МДКТ, МРТ).

Матеріал та методи. В роботу включені 84 хворих (вік 47-72 років, 38 жінок, 46 чоловіків) з хронічними формами ІХС, яким проводилось комплексне променеве дослідження серця. 24 (28,6%) пацієнтам проведено ендovasкулярну та хірургічну ревазуляризацію: коронарне шунтування – у 16 (19%), стентування коронарних артерій (КА) – у 8 (9,5%). Для оцінки ефективності ендovasкулярного стентування КА та коронарного шунтування хворих при ІХС проведено порівняльний аналіз структурно-функціонального стану ЛШ після ревазуляризації – 1 група (n=24) та у хворих при ІХС з ознаками ремоделювання ЛШ без хірургічного втручання – 2 група (n=60) для визначення впливу проведених лікувальних маніпуляцій щодо відновлення живлення серцевого м'язу. МДКТ-коронарновентрікулографію виконували на 64-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі Brilliance 64 (Philips); нативне та контрастне МРТ дослідження проводили на апараті Ingenia 1,5T (Philips) з використанням спеціального програмного забезпечення для МДКТ та МРТ. За допомогою методів МДКТ, МРТ, ЕхоКГ, з використанням 17-сегментарної моделі ЛШ (American Heart Association 2002) стандартизовано визначали порушення регіонарної скоротності міокарду ЛШ. Відстрочене накопичення контрастної речовини при МДКТ та МРТ оцінювалось з використанням кількісного показника індексу трансмуральності (ІТ).

Результати досліджень та їх обговорення. За даними МДКТ, МРТ і ЕхоКГ у хворих після ревазуля-

ризації об'єм ЛШ залишався в межах норми або на нижній її межі порівняно з хворими без оперативного лікування, показники яких вказували на наявність дилатації ЛШ. Так, кінцевий діастолічний розмір (КДР) ЛШ–КТ становив (4,99±0,53) см і (5,71±0,66) см відповідно, p<0,001; КДР ЛШ–МРТ – (5,4±0,62) см і (6,57±0,74) см відповідно, p<0,01. Показник кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ–КТ становив (3,08±0,71) см і (4,19±1,04) см відповідно, p<0,001, КДР ЛШ–МРТ – (3,3±0,69) см і (5,12±1,2) см відповідно, p<0,01; КДР ЛШ–ЕхоКГ – (3,47±0,71) см і (4,59±1,13) см відповідно, p<0,001.

Середні значення кінцевого діастолічного об'єму (КДО) та кінцевого систолічного об'єму (КСО) ЛШ в групах порівняння вірогідно відрізнялись за рахунок більш вираженого збільшення об'ємів ЛШ у хворих без оперативного лікування, ніж у пролікованих. Так, КДО ЛШ–КТ становив (133,2±35,97) мл і (213,78±75,19) мл відповідно, p<0,001; КДО ЛШ–МРТ – (113,13±25,4) мл і (244,18±59,4) мл відповідно, p<0,001; КДО ЛШ–ЕхоКГ (140,69±30,18) мл і (206,54±56,39) мл відповідно, p<0,001. Значення показника: КСО ЛШ–КТ – (55,94±36,22) мл і (125,67±78,42) мл відповідно, p=0,007; КСО ЛШ–МРТ (37,23±12,5) мл і (169,92±60,77) мл, p=0,002; КСО ЛШ–ЕхоКГ (57,21±27,31) і (113,13±56,95) мл відповідно, p<0,001.

Середня фракція викиду (ФВ) ЛШ також вірогідно відрізнялась у хворих після ревазуляризації міокарда і без ревазуляризації, отримано більш виражені ознаки зниження скоротливої функції серця в осіб 2-ї групи. Так, ФВ ЛШ–КТ була в середньому в 1,3–1,5 раза нижча і складала (60,0±14,10)% і (44,42±16,67)%, відповідно, p<0,01; ФВ ЛШ–МРТ – (67,33±7,42)% і (31,74±13,05)% відповідно, p<0,0001; ФВ ЛШ–ЕхоКГ – (59,96±10,89)% і (45,47±16,43)% відповідно, p<0,005.

У хворих без ревазуляризації міокарда з постінфарктним кардіосклерозом індекс трансмуральності ІТ–МРТ був вищий, ніж в осіб після ревазуляризації (3,33±1,39) і (1,33±0,57) відповідно (p=0,02), що супроводжувалось більшим порушенням регіонарної скоротності ЛШ (4,06±1,03) і (2,33±1,15) відповідно, p<0,01.

У хворих без проведення ревазуляризації КА мали ознаки гіпертрофії, збільшувались розміри лівого передсердя (p<0,01).

Висновки. МДКТ і МРТ є високоінформативними неінвазивними методами оцінки ремоделювання ЛШ серця у хворих з ІХС після ревазуляризаційних втручання. Проведення ревазуляризації міокарда при хронічних формах ІХС є позитивним прогностичним чинником, який дозволяє уповільнити і зменшити ознаки ремоделювання ЛШ.

ДІАГНОСТИЧНИЙ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ

Тещук В.Й., Тещук Н.В.

*Військово-медичний клінічний центр Південного
регіону України, м. Одеса, Україна*

Вступ. Оцінюючи початкові етапи лікування пацієнтів з ГПМК слід пам'ятати про наявність «терапевтичного вікна» для проведення системної або інтра-

артеріальної тромболітичної терапії, яка може бути здійснена при своєчасній та високоякісній діагностиці. Застосування комп'ютерної томографії судин головного мозку (комп'ютерно-томографічної ангіографії головного мозку — КТА ГМ) та магнітно-резонансно-томографічної ангіографії головного мозку (МРТА ГМ) при діагностиці ГПМК дозволяє достатньо чітко оцінити стан всіх великих судин, котрі беруть участь у кровопостачанні головного мозку.

Мета нашого дослідження — створення нейровізуалізаційного алгоритму при діагностиці ГПМК.

Матеріали та методи. Нами в умовах Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) проведено аналіз медичної документації 1000 пацієнтів з ГПМК (історії хвороб, амбулаторні карти, журнал реєстрації результатів досліджень), котрі проходили стаціонарне та амбулаторне лікування в умовах ВМКЦ ПР з 2010 року по 2016 рік.

Результати дослідження та їх обговорення.

Для такого гурту пацієнтів необхідно використовувати КТГМ, КТА ГМ, та КТ-перфузійне дослідження. За наявності підозри на наявність лакунарного інфаркту (ЛІ) або ішемії в задніх відділах системи мозкового кровопостачання (особливо при підозрі на наявність інфарктів в стовбурі мозку або в мозочку) бажано виконати МРТ ГМ, або МРТА ГМ, в тому числі в дифузійному і перфузійному режимах. За наявності чітких ознак ЛІ не рекомендується робити вибір на користь МРТА ГМ, оскільки дана методика дозволяє ідентифікувати лише патологічні зміни з боку великих судин. У тих випадках, коли найбільший інтерес представляють задні відділи системи мозкового кровопостачання, ми використовували МРТА ГМ з контрастним підсиленням, основною перевагою якої є можливість детальної оцінки судин від дуги аорти до рівня ПМА, СМА і ЗМА. Завдяки КТА ГМ та МРТА ГМ ми могли не тільки з достатньо високим ступенем достовірності провести диференціальну діагностику між емболією та стенозами або оклюзіями судин ГМ, але і встановити можливі джерела емболів (змінені атеросклеротичні бляшки — АБ; дисекції судин тощо), оцінити стан колатерального кровоплину. На відміну від МРТА ГМ та інвазивної ангіографії (ІАГ) ГМ завдяки КТА ГМ є можливість визначити консистенцію АБ (м'які чи щільні), оцінити ступінь ризику емболічних ускладнень (емболонебезпечні АБ), точно визначити ступінь виразності стенозу та продемонструвати ступінь гіперперфузії головного мозку.

Внаслідок того що в ході дослідження вивчається велика площа, детальна оцінка МРТА шийно-черепного відділу судинної системи мозку не настільки висока, як аналогічний показник при КТА ГМ. Хоча, патологічні зміни, котрі мають самостійну клінічну значимість, зокрема оклюзії вертебральних артерій (ВА), дисекції та дрібні аневризми, а також варіанти будови Вілізівського кола, виявляються з достатньо високою діагностичною чутливістю та специфічністю. ГПМК у вертебрально-базиллярному басейні (ВББ) можуть бути обумовлені дисекцією ВА, що підкреслює принцип важливість візуалізації інтрамуральних гематом (ІМГ). МРТ ГМ проводилося у вигляді пошарових зрізів (товщиною 3 мм) досліджуваної ділянки в T1- або T2-режимах, з або без сатурації жирової тканини на тому рівні, що цікавить і ангіоневролога і радіолога. Даний алгоритм не підходить для пацієнтів з гострими оклюзіями базиллярної артерії

(БА). Таким пацієнтам якомога швидше ми проводили КТА ГМ, за наявності будь-яких сумнівів при постановці діагнозу.

Висновок. КТ і МРТ достатньо інформативно оцінюють стан кровообігу шиї та голови і дають достатній об'єм необхідної діагностичної інформації для прийняття рішення у плануванні лікувальних заходів у пацієнтів з ГПМК. За наявності 16-зрізового томографу, при інформативності та відсутності заперечень з боку пацієнта, а також за відсутності протипоказань слід виконувати КТГМ. Ця діагностична методика характеризується порівняно невисокою вартістю і водночас дозволяє отримати необхідний обсяг діагностичної інформації за короткий термін часу.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОТОВЩЕННЯ КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІЯ

Тещук В.Й., Тещук В.В., Дунай О.А.

*Військово-медичний клінічний
центр Південного регіону, м. Одеса, Україна
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна*

Однією з перших ознак прогресування атеросклеротичного ураження судин є потовщення комплексу інтима-медія (КИМ). Проте, слід пам'ятати, що потовщення цього комплексу може зустрічатися не тільки при церебральному атеросклерозі (ЦА), але і при інших захворюваннях і патологічних станах, котрі супроводжуються гіперплазією гладко-м'язових клітин (ГМК) або фібро-целюлярною гіпертрофією (ФЦГТ). Сьогодні не існує єдиної думки з приводу того, який із показників (максимальне або середнє значення товщини КИМ, а також товщини КИМ судин праворуч чи ліворуч) повинен застосовуватись в ангіоневрологічній практиці.

Мета — встановити діагностичну цінність потовщення КИМ при ГПМК.

Матеріали та методи. Нами в умовах Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) та Київської обласної клінічної лікарні (КОКЛ) за період з 2010 до 2016 р. було проведено 1000 ультразвукових доплерографічних (УЗДГ) досліджень судин шиї та транскраніальних доплерографічних (ТКДГ) досліджень у пацієнтів з церебро-васкулярними захворюваннями (ЦВЗ) в цілому і з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) зокрема віком від 18 до 89 років. УЗДГ стінок артерії виконувалося із використанням частоти 7-15 МГц, за цього найкращим просторовим вирішенням цього дослідження було проведення дуплексного УЗ-сканування (в порівнянні з іншими методиками). Відповідно до критеріїв Mannheim на даний час існує доступне загальноприйняте визначення такого стану, як товщина КИМ, та її оцінка можлива за наявності подвійної лінії в ході поздовжньої сонографії (ПСГ) обох стінок сонних артерій (СА) в В-режимі. Наявність подвійної лінії зумовлена існуванням межі між просвітом судини та інтимою та між медією і адвентицією. Визначення потовщення КИМ здійснювалося в зонах із відсутністю атеросклеротичних бляшок (АБ), частіше за все в загальних сонних артеріях (ЗСА), каротидному синусі (КС) та у внутрішніх сонних артеріях (ВСА). Вимірювання здійснювалися у дистальній відносно поверхні датчика стінці,