

напряму залежить від глибини їх залегання по ходу розповсюдження ультразвукового луча (від поверхні шкіри до очага в області акустичного вікна), а також індивідуальних конституціональних і акустичних властивостей м'яких тканин у кожного конкретного пацієнта. Достовірна оцінка еластометричних показувачів можлива тільки при адекватній колоризації виявлених очагів. На невеликому кількості пацієнтів в наших дослідженнях режим КЭ для диференціальної діагностики АМЛ представляється неефективним. Ураховуючи невелику вибірку пацієнтів в проведених дослідженнях і обмежене на сьогоднішній день кількість робіт по даній тематикі, достовірну диференціально-діагностичну значимість ЭСВ і КЭ при АМЛ передстоїть оцінити в майбутніх мультицентрових дослідженнях.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ВТОРИННИХ ПУХЛИННИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Бабкіна Т.М.¹, Спіженко Н.Ю.², Дзигар О.В.^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

²Центр радіохірургічної допомоги «Кібер клініка «Спіженка», м. Київ

Актуальність. На сьогодні в Україні та в усьому світі реєструється значний приріст новоутворень печінки різного генезу, що потребує своєчасної діагностики та лікування. За статистичними даними, частота метастатичного раку в 30 разів перевищує частоту первинного. Печінка є тим органом, в якому 90% пухлинних процесів є метастатичними. За даними Н.А. Огнерубова, співвідношення первинних пухлин печінки до метастатичних уражень складає 1:20.

Точне визначення вторинних пухлинних уражень печінки визначає метод лікування та оцінку ефективності лікування.

Мета. Оцінка інформативності МРТ та МСКТ у діагностиці вторинних пухлинних уражень печінки.

Матеріали та методи. На базі «Кібер Клініки «Спіженка» було обстежено 179 пацієнтів із вторинними пухлинними утвореннями печінки, вікової категорії від 18 до 78 років, за допомогою МСКТ Toshiba Activion TSX-031A та високопольного МР-томографа Toshiba 1,5T Vantage Atlas. МСКТ-обстеження проводилось за стандартним протоколом болюсного сканування з йодовмісними контрастними засобами (ультравіст). МРТ-сканування проводилось із застосуванням екстрацелюлярних (омніскан), а в складних випадках — інтрацелюлярних контрастних засобів (мультиханс).

Результати та обговорення. Відсоткове співвідношення первинної локалізації неопластичного процесу у пацієнтів із метастатичним ураженням печінки склали: у 25% — колоректальна локалізація, у 18% — підшлункова залоза та жовчовивідні шляхи, молочна залоза — 14%, легені — 13%, яєчники — 11%, нирки — 8%, матка — 5%.

При співставленні МСКТ- та МРТ-обстежень пацієнтів із вторинними ураженнями печінки у 6% пацієнтів, за даними МРТ, було визначено додаткові вогнища малого розміру (<10 мм) неопластичного генезу, що в подальшому змінило тактику лікування.

МРТ із застосування додаткових режимів дифузії-зв'язаної візуалізації (DWI) та контрастних речовин, власне — гепатоспецифічних контрастних засобів,

значно підвищують імовірність визначення пухлинних уражень печінки, особливо малих розмірів.

Висновок. Досвід роботи показав, що оптимально інформативним методом обстеження вторинних пухлинних уражень печінки є комбінація МРТ та МСКТ, що дозволяє точно визначати кількість, розмір та регіонарний розподіл вторинних пухлинних уражень у паренхімі печінки.

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ПРЕКОМПРЕССИЯ В ОЦЕНКЕ ЖЕСТКОСТИ ФИБРОЗНО-ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Бабкіна Т.М., Кориченский А.Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

При проведении эластографии премаммарная жировая клетчатка является референтной тканью для оценки жесткости фиброзно-железистой ткани молочных желез. Однако оценка жесткости мягких тканей зависит от условий проведения исследования и операторозависима. В опубликованных работах мы не обнаружили предложенных методов объективного контроля прекомпрессии при эластографии сдвиговой волны *in vivo*.

Цель. Повышение эффективности ультразвуковой эластографии в оценке жесткости фиброзно-железистой ткани молочной железы при использовании методики контролируемой прекомпрессии.

Материалы и методы. Эластография сдвиговой волны молочных желез была проведена 54 женщинам по 8 секторам вне очаговых поражений с помощью аппарата Ultima (Radmir, Ukraine). Эластографическая область интереса включала премаммарную жировую и фиброзно-железистую ткани примерно в равных пропорциях. Одновременно проводилась эластометрия жира контрольным объемом 3-4 мм в реальном времени. Минимальная прекомпрессия достигалась путем визуального контроля значений жесткости жира в течение 2-3 секунд, эластограмма замораживалась. После этого контрольный объем перемещался на область фиброзно-железистой ткани и проводилось измерение жесткости железистой ткани.

Результаты. Пациентки были разделены по возрасту без учета патологии. Были получены среднее, стандартное отклонение, минимальное и максимальное значение жесткости (кПа) жира и фиброзно-железистой ткани в группах соответственно: до 30 лет — 2,93±0,63 (1,65-4,70) и 3,77±1,58 (1,92-8,58), до 40 — 2,79±0,70 (1,26-5,72) и 3,81±1,00 (1,51-7,79), до 50 — 2,98±1,02 (1,19-6,80) и 4,90±2,21 (1,49-13,37), старше 50 — 3,20±1,17 (1,12-11,9) и 5,00±2,33 (1,02-18,4).

Выводы. Исходя из результатов наших исследований, эластометрическая контролируемая прекомпрессия жира позволяет получить более объективные значения жесткости фиброзно-железистой ткани МЖ.

КОМПЛЕКСНЕ ПРОМЕНЕВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЕЛАСТОГРАФІЇ ДЛЯ ОЦІНКИ ПОШИРЕНОСТІ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Бакай О.О., Головки Т.С.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Значне розповсюдження захворюваності на рак шийки матки (РШМ) обумовлює необхідність вдос-