

После ЧБМВ Smk увеличилась с $0,7 \pm 0,05$ до $1,3 \pm 0,1$ см², динамика составила +85,7% У больных, с клиническим улучшением Smk достигла $1,53 \pm 0,03$ см².

Степень недостаточности ТК уменьшилась (до 1,5+-2++) у 9 (47,4%) пациентов. В результате ЧБМВ намечилось некоторое снижение СДЛА с $85,7 \pm 7,4$ до $76,1 \pm 6,8$ мм рт. ст.

Наметилась тенденция к увеличению КДИ ЛЖ с $46,89 \pm 1,4$ до $49,3 \pm 1,5$ мл/м² и УИ с $22,62 \pm 1,7$ до $24,2 \pm 1,8$ мл/м².

Существенное улучшение клинического состояния (переход в III ФК NYHA) отмечено у 9 (47,4%) больных. Значимого эффекта не было достигнуто у 4 пациентов, умерло 6 (31,6%) больных.

Таким образом, наш опыт в лечении больных MS V стадии, IV ФК NYHA с высокой ЛГ показал, что при ЧБМВ имеется возможность достичь улучшения клинического и гемодинамического состояния у практически некурабельных больных.

ЕНДОСКОПІЧНА УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА СТАДІЮВАННІ ДУКТАЛЬНОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Криворук О.М.

Клінічна лікарня «Феофанія»

*Київський Центр хірургії захворювань печінки,
жовчних шляхів та підшлункової залози
імені акад. В.С. Земскова, м. Київ, Україна*

Вступ. Питання щодо оптимального інструментального методу діагностики та стадіювання дуктальної аденокарциноми (ДАК) підшлункової залози (ПЗ), послідовності та комплексу застосування існуючих діагностичних технологій залишається остаточно не вирішеним.

Мета роботи – визначити місце ендоскопічної ультрасонографії (ЕУС) в діагностиці та стадіюванні ДАК.

Матеріали та методи. ЕУС із соноеластографією (СЕ) виконана 50 хворим на ДАК ПЗ (26 – ж, 24 – ч, середній вік — $58,5 \pm 7,2$ року), у всіх хворих пухлина верифікована морфологічно (пацієнти на ДАК із метастатичним ураженням печінки, з іншими морфологічними варіантами ураження ПЗ були виключені з дослідження). ЕУС виконували апаратом Pentax EG-3870UTK з конвексним датчиком, з одночасним виконанням СЕ, встановлюючи датчик у ділянці вогнища, перифокальній та позаперифокальній ділянці. СЕ проводилася в два етапи – якісна оцінка еластографічної картини ПЗ та виявлених вогнищ та вимірювання еластографічного співвідношення в таргетних ділянках шляхом розрахунку порівняльного коефіцієнта SR. В усіх випадках проводилася якісна та кількісна оцінка кровотоку у венах та артеріях, якісними критеріями були тип кровотоку (ламінальний, турбулентний) та форма хвилі, кількісними критеріями — лінійна та об'ємна швидкість кровотоку. Враховуючи отримані дані, робився висновок про ступінь васкуляризації пухлини, наявність інвазії/компресії судини пухлиною. Магнітно-резонансну томографію (МРТ) виконували на апаратах Magnetom Avanto Siemens та MAGNETOM Espree Siemens. При верифікації нерезектабельності пухлини (критерії M.D. Anderson (2006)) виконували тонкоігольову біопсію пухлини

(Olympus EZShot та EZShot2 19-21 G) з наступною індивідуалізованою неoad'ювантною хіміотерапією (4 хворих, за відсутністю «хірургічних» ускладнень). 12 хворим виконано ендоскопічне біліарне стентування з наступною хіміотерапією, панкреатодуоденальна резекція виконана 24 хворим, 8 – дистальна резекція ПЗ, 2 — тотальна панкреатектомія.

Результати. Чутливість ЕУС та МРТ у діагностиці ДАК ПЗ розмірами більш ніж 3 см незалежно від локалізації (голівка, гачок, тіло, хвіст) суттєво не розрізнялися (91,3 та 89,7% відповідно), тоді, як при діагностиці пухлин менше ніж 3 см чутливість ЕУС суттєво перевищували МРТ (96,1 та 71,3% відповідно). У визначенні нодального ураження чутливість та специфічність ЕУС+СЕ суттєво перевищувала МРТ (96%, 83% та 72 та 54% відповідно). Чутливість ЕУС та МРТ при визначенні венозної інвазії суттєво не відрізнялися (91 та 94% відповідно), однак чутливість ЕУС у діагностиці артеріальної інвазії суттєво перевищувала МРТ (89 та 59% відповідно).

Висновки. Конвексна ЕУС має пріоритетне значення у верифікації артеріальної інвазії при ДАК ПЗ, ЕУС у комбінації із СЕ – у визначенні нодального ураження при ДАК, чутливість та специфічність ЕУС суттєво перевищує МРТ у діагностиці ДАК ПЗ малих розмірів.

РОЛЬ ЕХОКГ ПРИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОМУ ЗАКРИТТІ АТИПОВОГО ДЕФЕКТУ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕТИНКИ

*Мазур О.А., Бешляга В.М., Конопльова Ю.Л.,
Черпак Б.В., Дитковський І.О., Ящук Н.С.
ДУ «Національний інститут серцево-судинної
хірургії» ім. М.М. Амосова» АМНУ, м. Київ*

Розвиток нових технологій у кардіохірургії, а саме ендовазкулярних втручань, потребують і змін у проведеному ЕхоКГ-дослідженні захворювань серця. Тепер лікар УЗ-діагностики пересувається до операційної, де безпосередньо під час втручання проводить дослідження. Спектр вад серця, що останнім часом корегуються через внутрішньосудинний доступ, розширюється. Це стосується і закриття однієї з найчастіших вроджених вад серця — дефектів міжшлуночкової перетинки (ДМШП).

Вроджені ДМШП за локалізацією поділяються на парамембранозні (78-80%), м'язові (17-20%) та підлегеневі (3-6%). До набутих ДМШП належать постінфарктні та посттравматичні, і спостерігається вони набагато рідше за вроджені. Наводимо випадок ендовазкулярного закриття атипового посттравматичного ДМШП під контролем ЕхоКГ.

Пацієнт З. 31 року надійшов із діагнозом ДМШП. З анамнезу відомо, що 6 років тому через ножове проникаюче ураження лівої половини грудної клітки в обласній лікарні було проведено ушивання рани. Наразі хворий скаржився на задуху під час фізичного навантаження. Трансторакальна ЕхоКГ проведена на апараті PHILIPS IE33 датчиком X5-1 за стандартною методикою. Візуалізувався ДМШП діаметром 14 мм, помірна легенева гіпертензія (тиск у легеневій артерії 60 мм рт.ст.). Через наявність спайок навколо серця — після поранення проведення операції зі штучним кровообігом було утруднено.

Тому було проведено закриття дефекту ендовазкулярно. Перший оклюдер для м'язових дефектів діа-

метром 16 мм не тримався стабільно на місці. Контроль ЕхоКГ у В-режимі відмічав зміну положення елемента під час серцевих скорочень. Заміна обтуруючого пристрою на елемент для закриття ВАП діаметром 22 мм була доцільною.

Позиція оклюдера була стабільною зразу після операції і залишалась такою на 7-й день після втручання. Зберігався мінімальний залишковий шунт діаметром 1 мм по нижньому краю дефекта. Термін віддаленого спостереження – 2 місяці. Позиція оклюдера залишалась адекватною, мінімальний залишковий шунт. Тиск у легеневій артерії зменшився до 35 мм рт. ст.

Таким чином, ЕхоКГ-дослідження є надійним методом контролю під час ендovasкулярного закриття ДМШП.

КОРЕЛЯЦІЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ З ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ З АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

*Михайлів Л.М., Мороз З.П., Голінка К.Р.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України»
Медичний Центр «Неомед»,
м. Тернопіль, Україна*

Актуальність. Тернопільська область є ендемічною зоною для захворювань щитоподібної залози, серед яких чільне місце (до 30%) посідають автоімунні тиреоїдити (АІТ). Частіше (63%) хворіють жінки, в яких хвороба починається здебільшого у молодому віці. Підступність тиреоїдитів ховається у різноманітті їх соматичних проявів. Ультразвукове дослідження є провідним методом діагностики АІТ, який дозволяє визначити розміри та морфологічні особливості щитоподібної залози, проте не може визначити її функцію.

Ультразвуковими критеріями АІТ є дифузна неоднорідність залози, «строкатість» паренхіми, візуальне посилення кровотоку в режимі кольорового доплера. Але залишається маловивченим зв'язок між ступенем ураження залози при АІТ і кровопостачанням щитоподібної залози та методики її кількісної ультразвукової оцінки

Мета — визначити критерії кількісних показників кровотоку в *a.thyroidea inferior* у хворих з АІТ.

Порівняти швидкісні та об'ємні характеристики *a.thyroidea inferior dextra et sinistra* при різних видах АІТ.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 45 пацієнтів жіночої статі віком від 20 до 55 років, серед яких 10 пацієнтів умовно здорових віком від 20 до 50 років становили контрольну групу, а основна група — 35 пацієнтів віком від 21 до 55 років, з діагнозом АІТ вперше виявлений, із рівнем АТТПО понад 150 Од/мл. Основна група була розділена на три підгрупи залежно від функції щитоподібної залози: пацієнти з еутиреозом (13 пацієнтів), гіпотиреозом (14 пацієнтів) та гіпертиреозом (8 пацієнти). Ультразвукове сканування проводилось на апараті Siemens SONOLINEG 50. Під час обстеження пацієнток оцінювались такі параметри: щитоподібна залоза у В режимі (форма, контури, розміри, ехогенність, ехоструктура), кровотік у режимі кольорового доплера (КДС), кількісні параметри кровотоку в *a.thyroidea inferior* з обох боків (пікова систолічна швидкість кровотоку (Vps), середня швидкість кровотоку (TAV), об'ємний кровотік (Vvol)).

Результати. У пацієнтів контрольної групи щитоподібна залоза мала типову, не змінену ехоструктуру з об'ємом у межах вікової норми, без посиленого кровоплину, з показниками швидкостей Vps — 21-28 см/с, TAV — 18,2-24,6 см/с, об'ємний кровотік — 2,1-5,9 мл/хв, що відповідає даним, описаним у літературі. У пацієнток дослідної групи діагностували типову картину АІТ із посиленням кровотоком у режимі КДС. Швидкості кровотоку коливалися в межах Vps — 30-45 см/с, TAV — 28-40,3 см/с, об'ємний кровотік — 12-37 мл/хв.

У хворих із гіпотиреозом Vps — $20 \pm 0,25$ см/с, TAV — $26 \pm 4,3$ см/с, об'ємний кровотік — $14 \pm 2,7$ мл/хв, при еутиреозі Vps — $23 \pm 0,21$ см/с, TAV — $29 \pm 4,1$ см/с, об'ємний кровотік — $18 \pm 2,9$ мл/хв, при гіпертиреозі Vps — $40 \pm 0,21$ см/с, TAV — $36 \pm 4,3$ см/с, об'ємний кровотік — $34 \pm 2,7$ мл/хв.

Висновки. Доплерографічні показники кровоплину у хворих із АІТ корелюють з функцією щитоподібної залози. При гіпертиреозі вони вірогідно вищі від показників контрольної групи та від інших досліджуваних груп. При еутиреозі та гіпотиреозі кровоплин вірогідно не відрізняється, проте спостерігається тенденція до зниження швидкісних характеристик зі зниженням функції залози, що потребує більш детального подальшого вивчення на більшій кількості пацієнтів.