

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 втручань. 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-