

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, перифокальної та позаперифокальної 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 ендоваскулярних втручань, потребують і змін у проведених ЕхоКГ-дослідженнях 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 ендоваскулярного 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 ендоваскулярно. Перший оклюдер для м'язових дефектів діа-