

**Фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ).** При комбинации типичных семиотических признаков все визуализационные модальности, выполненные с в/в контрастированием (УЗД, МДКТ, МРТ), могут диагностировать ФНГ практически со 100% специфичностью. МРТ имеет высокую диагностическую эффективность (метод выбора). Наивысшая диагностическая точность усиленной УЗД достигается в ФНГ при размере <30 мм. Для типичных ФНГ последующее визуализационное динамическое наблюдение не требуется. Если визуализация ФНГ не типична или пациент симптоматический, тактическое решение принимает междисциплинарная врачебная комиссия (МВК). Неубедительные случаи с точки зрения визуализации, подозрительные на ФНГ, диаметром  $\leq 30$  мм подлежат биопсии.

**Гепатоцеллюлярная аденома (ГЦА).** Показатели диагностической информативности (ПДИ) МРТ превосходят все другие визуализационные методы (возможность обнаружения жира и сосудистых пространств). МРТ до 80% случаев дает возможность высказаться о подтипе ГЦА. Дифференциация HNF-1 $\alpha$  ГЦА от воспалительной ГЦА достижима с помощью МРТ с  $\leq 90\%$  специфичностью. Дифференциация  $\beta$ -катенин активированной ГЦА, не классифицируемых ГЦА и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦР) любыми методами визуализации невозможна. Вопросы лечения ГЦА решаются в зависимости от пола, размера и характера прогрессирования очага. Резекция ГЦА у мужчин ( $\beta$ -катенин с мутацией) рекомендуется в любом случае независимо от их размера из-за чрезвычайно высокого риска малигнизации. Тактика у женщин: рекомендуется наблюдение в течение 6 мес. после изменения образа жизни (снижение веса, отмена пероральных контрацептивов...). Резекция показана при образованиях  $\geq 50$  мм, которые продолжают расти. У женщин, имеющих очаги <50 мм, показана контрольная визуализация через 1 год с целью переоценки дальнейшей тактики. При кровотечении с гемодинамической нестабильностью, вызванном ГЦА, должна быть произведена эмболизация ДОП. При последующей контрольной визуализации обнаружение резидуального жизнеспособного очага является показанием к резекции.

**Заключение.** Проанализированы диагностические и дифференциально-диагностические возможности (ПДИ) основных методов интраскопии ДОП, выполненных с в/в контрастным усилением. Если у клиницистов и врачей лучевой диагностики остаются сомнения в результатах проведенной визуализации, целесообразно назначение биопсии или резекция. Инвазивные процедуры связаны с риском возникновения осложнений и должны проводиться после рассмотрения МВК.

#### АРТЕРИАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Фетісова Н.М., Вернигородська М.В.

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів,  
м. Вінниця

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія посідає важливе місце в розвитку цереброваскулярних ускладнень у хворих на гіпотиреоз, яка розвивається приблизно у 2 рази частіше, ніж у осіб, які не хворіють на гіпотиреоз. А якщо застосувати сучасні критерії діагности-

ки м'якої АГ, то середня частота її в популяції хворих на гіпотиреоз наближається до 60%. АГ у поєднанні з пов'язаними з гіпотиреозом метаболічними порушеннями прискорюють розвиток атеросклерозу мозкових судин і коронарних артерій серця, створюючи тим самим у хворих підвищений ризик розвитку ускладнень та інвалідності.

**Мета дослідження.** Оцінити структурно-функціональну зміну міокарда у хворих на гіпотиреоз у поєднанні з АГ та ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали та методи дослідження.** Комплексна оцінка клініко-біологічних та інструментальних методів досліджень проведена у 104 хворих на гіпотиреоз. Середній вік хворих становив  $45,8 \pm 4,7$  року, середня тривалість захворювання –  $9,9 \pm 2,1$  року. Хворі були розподілені на 2 групи: 1-а група – хворих на гіпотиреоз, 2-а група – особи у поєднанні з ІХС, 3-я група – хворі на гіпотиреоз у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ). Доплерехокардіографічне дослідження проводили на ультразвуковому сканері Sono ACE 6000С фірми Medison за стандартною методикою.

Залежно від ВТС (відсоток товщини стінки) та ІММ (індексу маси міокарда) відзначилися різні домінуючі типи ремоделювання ЛШ: у 1-й групі виявлялась гіпертрофія міокарда ЛШ, де потовщення стінок було незначним, ВТС дорівнює  $0,44 \pm 0,02$ ; у 2-й групі – гіпертрофія набуває ексцентричного типу ремоделювання, де ВТС становить  $0,46 \pm 0,03$ , а ІММ вірогідно збільшується ( $p < 0,05$ ); у 3-й групі – концентричний тип ремоделювання, при якому суттєво збільшується як ІММ, так і ВТС ( $p < 0,05$ ). Аналіз трансмітрального потоку виявив зменшення максимальної швидкості (Е) у фазу раннього наповнення лівого шлуночка в 1-й та 3-й групах, яка була більш вираженою у хворих 3-й групи. Співвідношення Е/А знижувалось вірогідно з контрольною групою в 1-й та 3-й групах, тоді як у 2-й групі цей показник суттєво збільшувався ( $p < 0,001$ ), що супроводжувалось скороченням часу ізоволюмічного розслаблення (IVRT) і прискоренням часу швидкості раннього наповнення (Tdec). У обстежених хворих визначали різні типи діастолічної дисфункції.

**Висновки.** Гіпотиреоз сприяє комплексній структурно-функціональній перебудові серця з виникненням у переважній більшості випадків концентричного ремоделювання та концентричної гіпертрофії лівого шлуночка з тенденцією до зменшення скоротливої здатності міокарда. У хворих із поєднанням гіпотиреозу та ІХС спостерігаються більш значні порушення систолічної функції, змінюється геометрія серця переважно у вигляді ексцентричної гіпертрофії, виявляється діастолічна дисфункція за рестриктивним типом. Сполучення гіпотиреозу та ГХ призводить до помірної та вираженої концентричної гіпертрофії ЛШ з формуванням суттєвого порушення як систолічної, так і діастолічної дисфункції за типом розслаблення.

#### ЕЛАСТОГРАФІЯ ЗСУВНОЇ ХВИЛІ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВОГНИЩЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Цимбал В.О.

Український центр томотерапії,  
м. Кропивницький

**Вступ.** Актуальність діагностики вогнищевої патології молочних залоз (МЗ) зумовлена значним її