

(РШМ), визначення її ролі і місця в діагностичному алгоритмі при плануванні виду та обсягу лікування РШМ.

Матеріали та методи. Нами було виконано проспективне дослідження, засноване на зіставленні результатів передопераційної МРТ з даними післяопераційного морфологічного дослідження. У дослідження були включені 253 хворі на РШМ, що проходили обстеження і лікування у відділенні онкогінекології. Середній вік пацієнток склав $35 \pm 5,6$ року, при розкиді від 21 до 67 років. Серед хворих на РШМ, за результатами післяопераційного морфологічного дослідження, плоскоклітинний рак був виявлений у 193 (76,3%) випадках, аденокарцинома зустрічалася у 42 (16,6%) хворих, аденоплоскоклетинний рак — у 14 (5,5%). У двох спостереженнях був встановлений нейроендокринний рак, в одному — мукоепідермальний рак, в одному — саркома, що сумарно відповідало 1,6% від загального числа досліджуваних випадків.

Хворі на РШМ були розділені у дві групи відповідно до методу лікування і послідовності проведення хірургічного етапу. Для стадіювання РШМ нами була використана класифікація Міжнародної федерації акушерів і гінекологів (FIGO, 2002 р.) та система TNM 6-го перегляду. Відповідно до класифікації TNM, для оцінки критерію Т, тобто місцевої поширеності раку матки, основоположними складовими є локалізація і розміри пухлини, глибина інвазії, вихід у параметральну клітковину та розповсюдження на сусідні органи і структури.

Результати та обговорення. Істотне значення для візуалізації РШМ мають форма росту пухлини, її розміри і глибина стромальної інвазії. Оптимальними для візуалізації новоутворень шийки матки є Т2 ЗЗ. Виявлення пухлин шийки матки, розміри яких перевищують 1,0 см, не становить особливих труднощів. На Т2-зв'язаних МР-зображеннях при РШМ у більшості випадків пухлинні маси мають неоднорідний сигнал середньої або підвищеної інтенсивності, що дозволяє їх диференціювати від низькоінтенсивної незміненої строми. При новоутвореннях більшого розміру структура пухлини стає неоднорідною, що обумовлено появою ділянок некрозу.

На Т1 ЗЗ новоутворення шийки матки, як правило, мають той же рівень сигналу, що і навколишня цервікальна тканина. Постконтрастні Т1 ЗЗ у діагностиці раку шийки матки не мають істотних переваг порівняно з Т2 ЗЗ. Оцінним критерієм між нормою і патологічними станами шийки матки може бути товщина шару, що відображає епітеліальну вистилку екто- й ендocerвіксу, в нормі він не перевищує 3,0 мм. Незважаючи на це, потовщення епітеліального покриву шийки матки може відповідати як запальним, так і неопластичним процесам. Критерієм диференційної діагностики найчастіше служить обмеженість виявлених змін. Для запальних змін характерне дифузне потовщення слизової на всьому протязі. За наявності інвазивного росту пухлини виявляється порушення зональної анатомії в проекції патологічних змін, тобто відсутність чіткої межі між епітеліальною вистилкою і фіброзною стромою під нею. Однак при стромальній інвазії, що не перевищує 5 мм, МР-картина шийки матки може не мати будь-яких особливостей порівняно з МР-

зображеннями здорових жінок.

Оцінка місцевої поширеності РШМ включає визначення локалізації пухлини і глибини інвазії в строму, стан сусідніх органів і структур. За даними МРТ, ураження піхви характеризується зміною інтенсивності МР-сигналу на Т2 ЗЗ і деформацією стінок (у т.ч. збільшенням їх обсягу, появи горбистості і нечіткості контурів).

За наявності екзофітної пухлини шийки матки великих розмірів МРТ може демонструвати помилкове визначення більш високої стадії внаслідок розширення склепінь піхви і відсутності чіткості меж із пухлиною за рахунок їх інтимного прилягання і наявності реактивних запальних реакцій. При використанні розробленої методики внутрішньопорожнинного контрастування в разі відсутності прямого проростання пухлини в стінки піхви між ними на МР-зображеннях з'являється контрастна за своїм сигналом зона, відповідна шару введеного розчину, що і є критерієм виключення пухлинної інвазії.

Висновки. Використання МРТ дозволяє діагностувати та стадіювати рак шийки матки на доопераційному етапі для визначення обсягу оперативного втручання.

ПРИМИТИВНЫЕ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ

*Зябченко В.И., Робак О.П., Гарматина О.Ю.,
Робак К.О., Зябченко В.И.*

Государственное учреждение «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

Примитивные нейроэктодермальные опухоли (ПНЭО) — наиболее распространенные злокачественные новообразования центральной нервной системы у детей.

Цель — оценить значение нейровизуализирующих методик в диагностике и течении ПНЭО у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов (30 (56,6%) мальчиков, 23 девочки (43,4%)) с ПНЭО в возрасте от 1 мес. до 17 лет, находившихся на лечении в институте нейрохирургии. Компьютерная томография (КТ) выполнена в 53 случаях и в магнитно-резонансная томография (МРТ) — в 45 случаях.

Результаты и их обсуждение. При КТ-исследовании регистрировалось умеренно гиперденсивное объемное образование, больших размеров, гетерогенно усиливающееся при введении контрастного вещества. Чаще всего ПНЭО локализовалась в лобной (15%) и височной (7,5%), реже — в теменной и лобно-каллезной областях. В 37,7% случаев выявляли наличие кистозного компонента, в 11,3% — геморрагии, в 3,8% случаев — кальцинаты в ткани опухоли. Смещение срединных структур и распространение на противоположную сторону отмечалось практически во всех случаях. Сопутствующая гидроцефалия развивалась в 26,4%. На МРТ-томограммах определялся хорошо отграниченный гетерогенный, преимущественно гипointенсивный сигнал на Т1ВИ. На Т2ВИ визуализировали гиперинтенсивный сигнал гетерогенного характера. Средний размер опухоли составил

в среднем 71x61x67 мм. Многоочаговое поражение регистрировалось в 11% случаев, количество очагов — от 2 до 4. Наблюдала метастатические очаги в головной мозг ($n=3$), в спинной мозг ($n=3$).

Выводы. Нейровизуализация ПНЭО у детей имеет значение для диагностики, распространения процесса, наблюдения в динамике и выборе доступа при оперативном вмешательстве.

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ АНГИОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Ильин И.А., Малькевич В.Т., Акинфеев В.В.
РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова,
г. Минск, Республика Беларусь*

Вступление. Индивидуальные особенности ангиоархитектоники, несомненно, влияют на выбор определенного типа висцеральной реконструкции пищевода у онкологических пациентов. В этом состоит принцип персонализированного подхода при планировании реконструкции пищевода у данной категории пациентов. Причем особенности кровоснабжения выступают в роли главных лимитирующих факторов при выборе того или иного варианта реконструкции пищевода из толстой кишки. Планирование повторной или отсроченной реконструкции пищевода требует знания индивидуальных особенностей кровоснабжения потенциально возможного пластического материала.

Цель — оценить роль предоперационной селективной ангиографии при планировании изоперистальтической реконструктивной толстокишечной пластики пищевода у онкологических пациентов.

Материалы и методы. В исследование вошел 41 пациент, которым выполнялись повторные и отсроченные реконструкции пищевода трансплантатом из толстой кишки после радикальных операций по поводу рака пищевода и гастроэзофагеального рака. Из них сформированы две группы пациентов по принципу наличия (исследуемая, $n=20$) или отсутствия (контроль, $n=21$) выполненной предоперационной селективной мезентерикографии (верхней и нижней). Селективное ангиографическое (артериографическое) исследование включало изучение вариантов кровоснабжения толстой кишки (варианты отхождения и деления ободочно-кишечных артерий, состояние маргинальных сосудов по обоим флангам толстой кишки и дуги Риолана).

Результаты исследований и их обсуждение. В основной группе пациентов правый фланг толстой кишки в изоперистальтической позиции для пластики чаще использован, чем в группе контроля, — 90% против 47,6% соответственно ($p=0,004$), что было обусловлено целью создать функциональный трансплантат и расположить его по физиологическому направлению перистальтики в изоперистальтической позиции. В группе контроля для реконструкции чаще применялся левый фланг толстой кишки в антиперистальтической позиции — 52,4% против 10% ($p=0,004$).

Индивидуальные особенности ангиоархитектоники определяли варианты формирования трансплантата на основной (питающей) сосудистой ножке из левых или средних ободочных сосудов. Перерыв краевого сосуда по левому флангу толстой кишки встретился в 2 раза реже (12% против 24%) по сравнению с таковым по правому флангу, что говорит об относительном постоянстве кровоснабжения левой половины толстой кишки и большей устойчивости к гипоксии.

Пересечение правых ободочных сосудов чаще выполнялось пациентам основной группы (75% против 42,9%, $p=0,039$). Это определялось необходимостью формирования трансплантата в изопозиции. По этой же причине пересечение средних ободочных сосудов также чаще выполняли пациентам основной группы — 80% против 42,9% ($p=0,016$). При этом полная перевязка средних ободочных сосудов потребовалась в основной группе в 60% случаев против 28,6% случаев в группе контроля ($p=0,021$).

В свою очередь, пересечение левых ободочных сосудов чаще выполняли пациентам контрольной группы — 47,6% против 10% ($p=0,009$). Этот факт объясняется более частым формированием толстокишечного трансплантата в антиперистальтической позиции из левого фланга на основной питающей ножке из средних ободочных сосудов.

Реконструкция пищевода с учетом данных предоперационной ангиографии позволила снизить травматичность вмешательства за счет уменьшения объема мобилизации толстой кишки с тотального в контрольной группе (85,7%) до субтотального (60%) в основной группе ($p=0,003$). В результате объем кровопотери уменьшился с 400 (300; 600) мл до 300 (262,5; 400,0) мл ($p=0,007$). При этом общая частота развития послеоперационных осложнений снизилась с 57,1 до 15% ($p=0,006$). Некроз и/или несостоятельность анастомоза в контрольной группе развивались значительно чаще, чем в основной, составив 33,3 и 5% соответственно ($p=0,024$). Показатели послеоперационной летальности (госпитальной и 60-дневной) не различались в группах сравнения ($p=0,329$).

Оценена техническая возможность формирования изоперистальтического трансплантата из обоих флангов толстой кишки. Установлено, что формирование достаточного по длине трансплантата из правого фланга толстой кишки в изопозиции оказалось возможным чаще, чем возможность использования для этих целей левого фланга (нисходящая ободочная кишка) в изопозиции: 90% против 10% ($p_2 < 0,001$).

Выводы. Персонализированный подход к толстокишечной пластике пищевода у пациентов онкологического профиля с учетом данных предоперационной селективной ангиографии (верхняя и нижняя мезентерикография) позволяет выбрать наиболее эффективный вариант изоперистальтической реконструкции на основании знаний об индивидуальных особенностях сосудистой анатомии толстой кишки.