

Второе место представлены аномалиями развития мочеполовой системы (73 случая — 22,6%). Из них у 11 мальчиков выявлен крипторхизм (3,4%), гипоспадия — у 8 (2,5%). В 2016 г. у девочек диагностированы кисты яичников в 4 (1,23%) случаях. Мультикистоз установлен у 13 (4,0%) человек, гидронефроз — 11 (3,4%), агенезия почки — 6 (1,9%).

Третье место занимают заболевания ЦНС (22 случая — 6,8%). Во всех случаях выявлена тяжелая, с сомнительными перспективами для жизни патология: Sp. bifida — 4 случая, голопрозенцефалия — 3 случая, гидроцефалия — 3 случая. Обращает внимание снижение частоты рождения детей с патологией ЦНС, соответственно в 2014 г. — 12 человек, в 2015 г. — 9, в 2016 г. — 3.

Синдром Дауна установлен у 19 (5,88%) новорожденных.

Выводы. Таким образом, качественное выполнение пренатального скрининга, усовершенствование аппаратуры и качества медицинской помощи позволяют уменьшить частоту рождения детей с неоперабельными аномалиями развития.

SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Бабий А.М., Шевченко Б.Ф., Гравировская Н.Г.,
Коненко И.С., Дементий Н.П.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН
Украины», г. Днепр*

Актуальность. В настоящее время при подходе к хирургическому лечению хронического панкреатита (ХП) вырабатывается концепция, эффективность которой зависит от четкой характеристики морфологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ), в диагностике которой на сегодняшний день «золотым стандартом» остается исследование панкреатобиптатов. Однако из-за ограничений применения пункционных биопсий ПЖ актуальным остается разработка безопасных, неинвазивных и чувствительных методов диагностики морфологических изменений в ПЖ при ХП, результаты которых бы тесно коррелировали с данными биопсии ПЖ и были доступными в клинической практике. Одним из таких методов является сдвиговолновая эластография — Shear Wave Elastography (SWE), которая позволяет оценить «жесткость/эластичность» мягких тканей.

Цель исследования. Установить валидность показателей SWE в неинвазивной оценке фиброзной трансформации ПЖ в сопоставлении с данными морфологии при ХП.

Методы исследования. У 68 пациентов (мужчин — 52 (76,5%), женщин — 16 (23,5%), в возрасте 27-70 лет, в среднем $(47,42 \pm 3,36)$ года, оперированных с диагнозом ХП), проведено сопоставление дооперационных результатов SWE с данными морфологических исследований интраоперационных биоптатов ПЖ. SWE ПЖ проводилась транскутанно доступом конвексным датчиком частотой 3-5 МГц на ультразвуковом сканере экспертного класса Ultima PA (Харьков, Украина). Жесткость ткани ПЖ оценивали в килопаскалях (кПа), для чего проводили не менее двух измерений в зоне интереса. Для морфологической оценки ранней (I-II степень) и поздней (III-IV степень) стадии фиброза ПЖ при ХП по классифи-

кации M. Stolte исследовали биоптаты из головки, тела и хвоста ПЖ, полученные во время операции. С помощью компьютерной морфометрии определяли площадь фиброзной ткани по отношению к общей площади биоптата.

Результаты исследования. При сопоставлении показателей SWE нормальной ПЖ и ПЖ при ХП отмечено увеличение жесткости ткани между всеми анатомическими отделами: в головке ПЖ — с $(4,05 \pm 0,33)$ кПа до $(8,65 \pm 1,43)$ кПа ($p < 0,05$), в теле ПЖ — с $(3,86 \pm 0,46)$ кПа до $(8,19 \pm 0,96)$ кПа ($p < 0,05$), в хвосте ПЖ — с $(3,73 \pm 0,53)$ кПа до $(7,31 \pm 0,64)$ кПа ($p < 0,05$). При поздней стадии фиброза ПЖ в сравнении с ранней отмечено увеличение показателей SWE жесткости: в головке ПЖ — с $(5,30 \pm 0,35)$ кПа до $(11,81 \pm 2,55)$ кПа ($p < 0,05$), в теле ПЖ — с $(6,29 \pm 0,49)$ кПа до $(8,12 \pm 0,62)$ кПа ($p < 0,05$), в хвосте ПЖ — с $(7,33 \pm 0,88)$ кПа до $(9,17 \pm 1,80)$ кПа, ($p < 0,05$). При SWE-оценке стадии фиброза анатомических отделов ПЖ при ХП с помощью проведенного ROC-анализа установлено высокое качество диагностической модели в головке и теле ПЖ. Средние показатели AUC головки ПЖ = 0,843 (95% ДИ 0,619-0,963; $p < 0,0005$), пороговое значение, выше которого диагностировали позднюю стадию фиброза ПЖ при ХП, составило $> 7,05$ кПа. Чувствительность, специфичность и точность высокие — 83,3%, 88,9% и 85,7%. Средние показатели AUC тела ПЖ = 0,748 (95% ДИ 0,531-0,901; $p < 0,0279$), пороговое значение, выше которого диагностировали позднюю стадию фиброза ПЖ при ХП, составило $> 6,80$ кПа. Чувствительность, специфичность и точность — 81,8%, 76,9% и 79,2%. Средние показатели AUC хвоста ПЖ = 0,604 (95% ДИ 0,317-0,846; $p < 0,5623$), пороговое значение, выше которого диагностировали позднюю стадию фиброза ПЖ при ХП, составило $> 8,04$ кПа. Чувствительность, специфичность и точность низкие — 66,7%, 75,0% и 64,30%.

Выводы. Показатели SWE обладают высокой чувствительностью, специфичностью и точностью в определении жесткости анатомических отделов ПЖ, а именно в головке и теле ПЖ, что позволяет использовать данный метод в неинвазивной оценке стадии фиброзной трансформации ПЖ при ХП в выборе метода оперативного лечения.

РАДИОЧАСТОТНАЯ РАДИОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Балака С.Н.

*ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков*

Вступление. Еще 20-30 лет назад наличие отдаленных метастазов являлось противопоказанием к хирургическому лечению злокачественных опухолей. В настоящее время благодаря появлению новых технологий стали возможными вмешательства при метастатическом поражении печени, легких и других органов.

Цель. Изучение возможностей выполнения радиочастотной абляции метастатических опухолей различной локализации под контролем методов инструментальной визуализации.

Материалы и методы. В исследование вошли 14 больных с вторичным опухолевым поражением

печени (10), легких (2), мягких тканей грудной стенки (1) и забрюшинного пространства (3), которым было выполнено 24 сеанса радиочастотной абляции опухолей (РЧА). Наиболее часто встречались метастазы колоректального рака (7) и рака легкого (2). Радиочастотную абляцию (РЧА) проводили с помощью аппарата CoolTip E series под ультразвуковым (12) и КТ-наведением (2), а также при сочетании методик инструментальной визуализации (2). Морфологически злокачественность опухоли верифицирована у 13 из 14 больных.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частым местом проведения РЧА была печень у 10 больных при вторичном поражении при колоректальном раке (5), раке легкого (2), поджелудочной (1), грудной железы (1) и меланоме (1). Показаниями для абляции было наличие до 5 образований размером не более 35 мм в диаметре при условии отсутствия других признаков опухолевой диссеминации, а также расположение опухоли не ближе чем в 5 мм от стенки желчного пузыря, крупных желчных протоков и сосудов печени. Локальная деструкция вторичных опухолей легкого выполнена у 2 при метастатическом раке почки (1) и колоректальном раке (1). Показанием к проведению процедуры послужило наличие одиночных метастазов интрапаренхиматозной локализации с расположением не менее чем в 5 мм от жизненно важных структур средостения, сосудов и бронхов калибром более 3 мм. В 4 случаях абляция была выполнена при забрюшинной локализации опухоли (1), в толще брюшной (2) и грудной (1) стенок, что является нестандартным подходом для РЧА.

При размере опухоли до 15 мм использованы электроды с рабочей поверхностью 20 мм, от 12 до 20 мм – 30 мм, а при размере 30 мм и более применялись одновременно 3 электрода с рабочей поверхностью 30 мм. Время выполнения вмешательства составило от 12 до 60 минут (среднее – 22,3 мин) и зависело от размеров опухолевых узлов, их количества, а также количества используемых электродов. Во всех случаях создавалась зона термического некроза тканей, превышающая диаметр опухоли на 10-15 мм.

Всего осложнения, потребовавшие дополнительных консервативных мероприятий, выявлены у 18,8% больных. Средний послеоперационный койко-день составил 3,2 у больных без лапаротомии и 14,7 – при открытом вмешательстве. Умерло 2 больных в связи с прогрессированием опухолевого процесса и 1 – вследствие осложнений после резекции печени в сочетании с РЧА.

Локальный рецидив выявлен у 1 больного с наличием метастаза в легком более 50 мм в диаметре. В остальных случаях (95,8%) данных о пролонгации заболевания не выявлено.

Выводы. РЧА является малоинвазивным вмешательством, которое может служить альтернативой хирургическому лечению при строгом соблюдении критериев отбора больных.

Полученные результаты являются основанием для расширения показаний к применению РЧА у больных со вторичными злокачественными опухолями различных локализаций.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА

Бешляга В.М., Лазорилинец В.В., Кравец Е.П., Мазур А.А., Коноплева Ю.Л., Позняк О.В., Бешляга Е.В., Ювчик Е.В.

Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины, г. Киев

Введение. Аномалия Эбштейна (АЭ) — врожденный порок, характеризующийся смещением одной или более створок трехстворчатого клапана (ТК) в полость правого желудочка (ПЖ). Дистопия и дисплазия ТК (деформация, фенестрация створок, укорочение хорд и папиллярных мышц) вызывают недостаточность ТК (ТН). Атриализованная часть ПЖ и истинное ПП сокращаются в противофазу, снижая выброс крови в ПЖ [1].

Цель работы. Определить зависимость степени гемодинамических нарушений при АЭ от степени смещения ТК по данным ЭхоКГ.

Материал и методы. С января 1996 по март 2017 г. обследовано 320 больных с АЭ. Возраст больных составил от 2 до 58 лет. Из четырехкамерной верхушечной позиции измеряли глубину смещения створок ТК в полость ПЖ от уровня фиброзного кольца до основания смещенной створки ТК. Рассчитан индекс смещения створок ТК (ИСС, мм/м²). Наличие и степень ТН определяли при ЦДК по стандартным критериям.

Результаты. По степени нарушения гемодинамики больные распределены на 2 клинические группы: I группа — с умеренными (ИСС, мм/м²=12,4±2,8 и ТН до 2+) и II группа — с выраженными нарушениями (ИСС, мм/м²=24,6±5,8 и ТН до 4+). Степень ТН, определяющая тяжесть клинических проявлений, прямо пропорционально зависела от ИСС.

Выводы. ИСС — основной ЭхоКГ-показатель, определяющий степень нарушений гемодинамики при аномалии Эбштейна.

ЭХОКГ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЕ КОРРИГИРОВАННОЙ ТМС

Бешляга В.М., Мазур А.А., Ершова Е.Б., Позняк О.В., Коноплева Ю.Л., Кравец Е.П.
Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины, г. Киев

Введение. Корригированная ТМС – редкий ВПС (до 1% от всех ВПС), при котором наблюдается инверсия желудочков с атриовентрикулярными клапанами по отношению к предсердиям и магистральным сосудам. ПП и ЛП с впадающими в них системными и легочными венами расположены нормально. Желудочки и их клапаны меняются местами. Легочная артерия отходит от праворасположенного анатомически ЛЖ, а аорта от леворасположенного анатомически ПЖ. При изолированной форме КТМС направление потоков крови физиологического и гемодинамика не страдает до определенного момента.

Цель. Идентификация инверсии желудочков и атриовентрикулярных клапанов при КТМС по данным ЭхоКГ, оценка гемодинамики, зависимость ее от «стажа» порока.