

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.