

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.

Матеріал и методи. В сообщеніи представлени 2 случая изолированной формы КТМС у пациентов К. 24 лет и В. 38 лет, без сопутствующих пороков с небольшой и выраженной недостаточностью левого атриовентрикулярного клапана (ТК).

Результаты. Из верхушечных позиций желудочек слева имел выраженную трабекулярность и модераторный пучок (анатомия ПЖ). Папиллярные мышцы множественные, прилежащая к МЖП створка прикреплялась к ней хордами как септальная створка ТК. Клапан смещен к верхушке желудочка. Желудочек справа был гладкостенный, хорды к МЖП не прикреплялись. В сечении по короткой оси имеет две папиллярные мышцы (анатомия ЛЖ).

Выводы. При отсутствии сопутствующих пороков сердца гемодинамика не нарушена в течение длительного периода времени. У пациента К... сократимость ПЖ сохранялась хорошей. Недостаточность ПЖ была небольшой, ЛП не увеличено, ГЛА нет. Однако анатомически ПЖ генетически не адаптирована для работы в качестве системного желудочка. С увеличением «стажа» порока, как у больного В..., возникла миокардиальная недостаточность ПЖ и выраженная недостаточность эбштейноподобно смещенного ТК, с дилатацией ЛП, легочной гипертензией, что потребовало протезирования клапана.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ASTRAIА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА

Бут Г.Н., Луговская Т.В.

ЧП «Центр Планирования семьи Т. Луговской», г. Днепр

Введение. «Золотым стандартом» пренатально-го выявления хромосомных аномалий (ХА) плода признан и применяется в большинстве развитых стран мира комбинированный пренатальный скрининг первого триместра беременности.

Материалы и методы. Первый скрининг беременности проводился согласно приказам МЗ Украины, рекомендациям ISUOG (Международное общество ультразвука в акушерстве и гинекологии), FMF (Фонд медицины плода). Использован следующий алгоритм проведения первого пренатального комбинированного скрининга: биохимический скрининг (БХС) первого триместра (РАРР-А, свободная субъединица бета — ХГЧ) в 11-12 недель, УЗ-скрининг в 11-14 недель (при КТР 45-84 мм) с последующим индивидуальным расчетом риска ХА. Главной целью пренатального скрининга стало формирование группы высокого риска рождения ребенка с ХА среди беременных женщин для дальнейшего направления на инвазивную диагностику.

Условия проведения:

1. БХС проводился на анализаторах Cobas, использовали реактивы фирмы Roche.

2. УЗИ — на сканерах Acuvix XG и Sonoace X8, позволяющих получать изображение головы плода, занимающее 2/3 экрана, и проводить измерения с точностью до 0,1 мм.

3. Индивидуальный расчет риска ХА проводился с помощью программы Astraia (рекомендованной

FMF) специалистами, сертифицированными FMF и имеющими действующую лицензию.

4. При расчете риска учитывался возраст, вид деятельности и расовая принадлежность родителей, ИМТ матери, наличие вредных привычек, акушерский и соматический анамнез, применение вспомогательных репродуктивных технологий, прием медикаментов, параметры УЗИ, результаты БХС.

5. Кариотипирование плодов проводилось в других лечебных учреждениях.

Результаты. За период 2012-2015 гг. в Центре проведено 673 пренатальных комбинированных скрининга первого триместра. Пренатально выявлены все 6 случаев хромосомных аномалий: трисомия 21 в 5 случаях и трисомия 18 в 1 случае.

При ретроспективной оценке все женщины были разделены на 5 групп по результатам расчета риска ХА с учетом количества выявленных случаев ХА плодов. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Группы беременных женщин по степени риска ХА	Число женщин	Число случаев ХА плода	% выявленных случаев ХА от общего числа случаев ХА	% выявленных случаев ХА от общего числа вероятных инвазивных процедур
1. Низкого риска	431	0	-	-
2. Высокого риска:				
только по возрасту	134	3	50	2,24
только по данным УЗД	40	3	50	7,5
только по данным БХС	85	3	50	3,53
по данным УЗД и БХС	125	5	83	4
По данным комбинир. скрининга	33	6	100	18,8

Выводы. Расчет риска ХА плода при проведении комбинированного скрининга с помощью программы Astraia наиболее эффективен; такой расчет позволяет значительно уменьшить количество рекомендуемых инвазивных процедур, выявить максимальное количество случаев ХА.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРВЕНЦІЙНОГО УЛЬТРАЗВУКУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УМОВАХ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

Варшавер П.Л. *, Варшавер Н.Б. **

* 3-я міська лікарня, м. Кременчук

** Кременчуцький обласний госпіталь для ветеранів війни

Вступ. Із зростанням віку пацієнтів зростає кількість супутніх захворювань, ступінь тяжкості захворювань тощо. У такому разі навіть лапароскопічна операція є ризикованим для життя пацієнта втручанням. У таких випадках операцією вибору є мініінвазивне втручання під контролем УЗД.

Мета. Дослідити ефективність, доцільність та переваги мініінвазивних втручання у пацієнтів із гострою хірургічною патологією.

Матеріали та методи. Ехографію виконували лінійним чи конвексним датчиками, що працюють у реальному масштабі. Попередньо виконують місцеву анестезію, оскільки втручання болісне для пацієнта. Виконується катетерами ОСД («pig-tail»^{6F},^{9F},^{12F} та^{14F}).