

Выводы. Комплексное лечение с применением малоинвазивной хирургии и КВЧ-терапии позволяет предотвратить повторное стенозирование зоны пищеводного анастомоза в 93,2 %

случаев, избежать повторного оперативного вмешательства и повысить уровень качества жизни пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛЬНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

А.Н. ГУБИН, Л.В. ЧЕРКЕС, Е.С. ВАКУРОВА

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель – оценить возможности лапароскопии в сочетании с ВУЗИ в диагностике опухолевого поражения печени.

Материал и методы. Внедрение в клиническую практику новых средств визуализации внутренних органов существенно изменило диагностические возможности современной клинической медицины. Достижением клинической онкологии является синтез двух методов – лапароскопии и ультразвуковой томографии. У значительного числа онкологических больных, подвергшихся при предварительном обследовании таким современным методам исследования, как стандартное ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, распознать первичное и метастатическое поражение печени не всегда возможно. Последние могут быть распознаны при диагностической лапароскопии, визуально в 92,7 % и при этом в 98,2 % из них возможно получить материал для морфологического исследования. Возможности неинвазивных методов диагностики недостаточны в оценке распространенности патологического процесса. Как результат, число эксплоративных лапаротомий при некоторых злокачественных процессах достигает 80 %. Часто отказом в проведении лапароскопического исследования могут служить ранее выполненные оперативные вмешательства, но, по данным отделения эндоскопии РОНЦ РАМН, проведение диагностической лапароскопии у оперированных больных в значительном числе наблюдений является технически выполнимым, и лишь массивный спаечный процесс не позволил выполнить исследование.

Результаты. В сравнении результатов стандартных УЗТ и РКТ с диагностической лапароскопией установлено, что чувствительность последней в выявлении метастазов по брюшине составляет 89 %, в то время как ультразвуковое исследование определяет очаговые поражения брюшины только в 22 %. Выявление метастатического поражения печени с использованием лапароскопии и ВУЗИ достигает 96 %.

Диагностическая лапароскопия в период с 1999 по 2008 г. выполнена 1050 больным, у 203 пациентов установлена патология печени. У 160 из 203 больных имели место злокачественные (первичные и метастатические опухоли) и доброкачественные новообразования. Среди них было 106 женщин и 97 мужчин в возрасте от 16 до 84 лет. Метастатическое поражение печени выявлено у 47,2 % больных, первичные опухоли печени обнаружены у 6,1 % пациентов. Неопухолевое поражение и доброкачественные опухоли выявлены у 46,7 % больных. Метастатическое поражение печени имело место у пациентов, больных раком желудка, в 43 %, яичников – в 12,3 %, молочной железы – в 9,4 %, печени – в 6,9 %, матки – в 5,9 %, толстой кишки – в 5,4 %, пищевода – в 2,5 %, а также более 15 % случаев у больных с другими локализациями первичной опухоли. Диагностическая лапароскопия выявила метастатическое поражение печени у 77 пациентов, у которых стандартное ультразвуковое исследование не выявило изменений. Лапароскопическое ультразвуковое исследование выполнено нами у 39 пациентов. Исследование позволило уточнить локализацию метастазов в печень у 9 больных, у которых они не были диагностированы при стандартном

ультразвуковом исследовании; у 3 пациентов, у которых ни стандартная УЗТ, ни рентгеновская компьютерная томография не выявила признаков очагового поражения печени. Важна роль метода и при первичных опухолях печени. С помощью лапароскопической УЗТ у 8 пациентов, страдающих диффузной формой рака печени,

удалось выявить и верифицировать опухолевое поражение, не установленное ни при стандартном УЗИ, ни при стандартной диагностической лапароскопии.

Выводы. Лапароскопия в сочетании с ВУЗИ отличается высокой разрешающей способностью в диагностике опухолевого поражения печени.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СОНОГРАФИИ

О.С. ДАНИЛОВА, С.А. ВЕЛИЧКО, Л.А. КОЛОМИЕЦ,
А.Л. ЧЕРНЫШОВА, Е.Н. РОТУНДО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В последнее время благодаря развитию эндоскопической хирургии широкое распространение в гинекологической практике получил метод электрохирургической абляции эндометрия. Данная малоинвазивная операция является принципиально новым органосохраняющим видом лечения гиперпластических процессов. Важным является вопрос об оценке эффективности абляции эндометрия в различные сроки послеоперационного периода.

Цель исследования – определить значимость использования ультразвукового исследования органов малого таза при оценке эффективности электрохирургической абляции эндометрия

Материал и методы. У 55 пациенток по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия и неэффективности гормонотерапии была произведена электрохирургическая абляция эндометрия. Средний возраст больных составил 50,2 года. Ультразвуковой мониторинг проводился с помощью ультразвукового аппарата «Logiq 5 Expert» (General Electric Company) с использованием конвексного датчика с переменной частотой 4–5 МГц и трансвагинального датчика с переменной частотой 7–12 МГц в триплексном режиме: серошкальное изображение (В-режим) с одновременным наложением цветового картирования (ЦДК) тока крови и регистрацией кривых скоростей потока. Данное исследование проводилось

всем пациенткам при поступлении в стационар, а также на 1, 3, 4, 6, 7, 12, 30 и 45-е сут после электрохирургической абляции эндометрия.

Результаты. После проведения электрохирургического лечения на начальных этапах ультразвукового наблюдения (1–6-е сут) размеры матки превышали исходные на 5–7 мм. Толщина М-эха в данный период составила в среднем 10 мм, граница между эндометрием и миометрием была нечеткой, сохранялась неоднородность М-эха. Практически у всех пациенток в первые сутки после операции отмечалось наличие гиперэхогенного ободка толщиной 2–3 мм по периферии полости матки, вероятнее всего, данная область соответствовала зоне коагуляционного некроза. В этот период отмечалось также наличие свободной жидкости в заднем своде. У большинства больных свободная жидкость из заднего свода исчезала на 7-е сут после операции, а у пациенток, имеющих в анамнезе хронические воспалительные процессы в малом тазу, – на 12-е сут. С 7-х суток отмечалось уменьшение размеров матки вплоть до исходных. Границы между проекцией эндометрия и миометрием становились более отчетливыми. При обследовании пациенток на 12-е сут граница между эндометрием и миометрием стала отчетливой, срединное М-эхо – однородным, более эхогенным, толщиной до 4 мм. К 30-м суткам существенной динамики со стороны органов