

диагностирована в 40,9% раков. В 2,8% опухоль прорастала все слои стенки тела матки (T1c). В 31,9% наблюдений отмечалось распространение рака во внутренний зев. Прорастание в цервикальный канал и шейку матки (T2a) составило 4,2% и 2,8%, соответственно.

При гистологическом исследовании микропрепаратов диагностированы следующие микроскопические формы рака тела матки: эндометриальная аденокарцинома – 79,9% случаев, серозная аденокарцинома – 10,4% случаев, муцинозная аденокарцинома – 6,9% и недифференцированная карцинома – 2,8% наблюдений.

При оценке по степени злокачественности опухоли распределились следующим образом: высокодифференцированные опухоли (G-1) – 45,1%, умеренно дифференцированные опухоли (G-2) – 34,7%, низкодифференцированные и недифференцированные опухоли (G-3 и G-4) составили 17,4% и 2,8%, соответственно.

У 25,1% женщин рак тела матки сочетался с лейомиомой. В 14,6% случаев у больных имелись кисты яичников: фолликулярные (13,2%) и серозные (1,4%).

Таким образом, проведенное исследование показало, что рак тела матки встречался чаще у женщин в возрастной группе старше 60 лет. Несмотря на преобладающий экзофитный характер роста, в 43,8% случаев опухоль диагностировалась на T1b и T1c стадиях, а в 7% наблюдений распространялась на шейку матки. Это диктует необходимость массовых профилактических гинекологических осмотров с целью раннего выявления рака тела матки.

Литература:

1. Вишневская, Е.Е. Справочник по онкогинекологии / Е.Е. Вишневская. – 2-е изд. – Мн.: Беларусь, 1994. – 432 с.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ГОРТАНИ

Андросюк К.Л., Плавская О.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Овчинников В.А.

Для определения тактики специального лечения при раке гортани необходима визуализация опухоли, для чего используется осмотр, ларингоскопия, послойные методы: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование. Возможность устранения суммационного характера изображения, высокая контрастная чувствительность при КТ и МРТ предполагают приоритетное использование их для целей визуализации первичной опухоли при раке гортани. Вместе с тем, из-за разных физических принципов получения изображений вышеуказанными технологиями возможны и различные данные по определению распространенности первичной опухоли при раке гортани, однако этот вопрос остается недостаточно изученным, так же, как и влияние этих данных на результаты лечения.

Цель исследования: определить прогностическое значение визуализации первичной опухоли по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии при лучевой терапии рака гортани.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 31 пациента больного раком гортани. У всех пациентов диагноз верифицирован морфологически – плоскоклеточный рак. Все – мужчины. Возраст от 42 до 73 лет. Преобладала распространенность первичной опухоли T3 и T4 – 23 больных (74,2%). Метастатическое поражение шейных лимфатических узлов было отмечено в 19 наблюдениях (61,3%). Пациенты получали телегамматерапию по радикальной программе. Результаты оценивали по степени резорбции опухоли, выживаемости пациентов. Все пациенты находились под наблюдением более 1 года.

Всем пациентам проведены клиническое обследование, ларинго- и фарингоскопия, КТ, МРТ, сонография шеи. КТ выполнялась на компьютерных томографах «Somatom ARC», «General electric Pro 32». МРТ проводилась на магнитном томографе «Philips Gyroscan Intera», напряженность магнитного поля 1Т. Получали T2 – взвешенные изображения в аксиальной, сагитальной и фронтальной плоскостях.

Результаты. 24 пациента (первая группа) жили более 1-го года (77,4%) и 7 пациентов (22,6%) (вторая группа) менее 1-го года. В первой группе рак складчатого отдела гортани наблюдался в 6 случаях (20,4%), во второй – в 1 (14,3%), метастатическое поражение лимфатических узлов в 12 (50,0%) и 4 (57%) наблюдениях, соответственно. То есть, по этим

прогностическим признакам статистически достоверной разницы в наблюдаемых группах не было. Визуализация с определением контуров и размеров первичной опухоли при помощи МРТ оказалась возможной в 16 ($66,7 \pm 9,6\%$) случаев в первой группе и в 6 ($85,7 \pm 13,2\%$) – во второй. При КТ соответственно в 22 ($91,2 \pm 5,6\%$) и 5 ($71,4 \pm 20,2\%$). Всего визуализация при МРТ была в 22 ($71,0 \pm 8,2\%$) и при КТ в 27 ($87,1 \pm 6,0\%$) случаев. Размеры первичной опухоли по наибольшему диаметру в первой группе по данным КТ составляли $15,9 \pm 1,8$ мм, во второй – $32,0 \pm 6,5$ мм ($p < 0,05$), аналогичный показатель по данным МРТ: $30,4 \pm 3,2$ мм – в первой группе и $42,0 \pm 5,9$ мм ($0,1 < p > 0,05$) – во второй группе. При сравнении размеров первичной опухоли по данным КТ и МРТ установлено, что они были больше при МРТ в первой группе на 191% ($p < 0,002$), во второй – на 72% ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Меньшие размеры первичной опухоли при раке гортани по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии улучшают прогноз лучевой терапии.

2. Размеры первичной опухоли при раке гортани по данным магнитно-резонансной томографии превышают размеры первичной опухоли при компьютерной томографии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Артюкевич Д.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент Пакульневич Ю.Ф.

Актуальность. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом является одной из сложных проблем экстренной хирургии. Это связано с трудностями в определении формы острого панкреатита, прогнозировании течения заболевания, выбором сроков и методов оперативного лечения, высокой летальностью. Внедрение в хирургическую практику новых технологий, совершенствование инструментальных методов исследования, использование малоинвазивных вмешательств позволяет пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

Цель. Проведение анализа и оценки современных возможностей хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. С 2006г. по 2012г. в клинике общей хирургии ГрГМУ на лечении находились 2384 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1241 ($52,05\%$), острый у 1143 ($47,95\%$), острый некротический панкреатит установлен у 163 ($6,8\%$) больных. Возраст больных варьировал от 17 до 96 лет. Средний возраст больных женщин составил $53,5 \pm 1,63$ лет и мужчин $46,8 \pm 1,43$ лет. Установлено, что у пациентов пожилого возраста основной причиной острого деструктивного панкреатита была желчекаменная болезнь и ее осложнения, у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов.

Результаты. Проведен анализ результатов лечения 163 больных острым деструктивным панкреатитом. Лечение больных в стадии токсемии было, преимущественно, консервативным. Лапароскопия выполнялась при появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 102 ($62,5\%$) больных. Во время лапароскопии проводилась санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитонеальным диализом. У 34 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы. При наличии желчной гипертензии и механической желтухи выполнялось чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке также осуществлялась их пункция и дренирование под УЗ-наведением.

Выводы. Применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной и посиндромной терапией во многих случаях позволило отказаться от лапаротомий, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при остром деструктивном панкреатите.