

в развитии малоинвазивных методов лечения онкологических больных. При этом существенная роль отводится рентгенохирургическим методам диагностики лечения (РХМДЛ). Применительно к лечению первичного и метастатического рака печени эта позиция иллюстрируется нами на примере лечения 10 пациентов, у которых использовали различные комбинации РХМДЛ, радиочастотной термоабляции (РЧТА) и лапароскопической техники.

Сочетание внутриартериальной химиоинфузии (ХИПА) и селективной химиоэмболизации опухолевых сосудов (ХЭПА) с последующей РЧТА опухолей было использовано при лечении 3 пациентов с множественными метастазами колоректального рака в печень (от 3 до 8 очагов, размерами от 1,5 до 6 см) после ранее проведенного хирургического лечения и трех курсов системной химиотерапии, на фоне которых отмечалось прогрессирование, а также у 3 пациентов с гепатоцеллюлярным раком, не рассматриваемых в качестве кандидатов на оперативное лечение. Использование на первом этапе ХИПА и ХЭПА позволило достигнуть во всех случаях уменьшения объема образований более чем на 50% и частичного их некроза в области технически сложной для РЧТА локализации, а также уменьшения объема очагов, доступных для РЧТА. Выполнение на втором этапе РЧТА этих очагов привело к их тотальному некрозу. У 4 больных ХИПА и ХЭПА выполнялись повторно от 3 до 5 раз. Повторные РЧТА были выполнены у 2 пациентов. Контроль за заболеванием был обеспечен в 100% случаев. Все больные в сроки наблюдения 8–10 мес живы.

У 1 пациента с неоперабельным раком головки поджелудочной железы и метастазами в печень была проведена химиоэмболизация головки поджелудочной железы с последующей РЧТА трех метастазов размерами 2–3 см в правой и левой долях печени во время одной госпитализации. Осложнений не отмечено. В дальнейшем плане лечения предусмотрено выполнение повторных курсов масляной химиоэмболизации головки поджелудочной железы.

У 2 пациентов с метастазами колоректального рака в IV и I сегменты печени была выполнена предоперационная эмболизация сегментарных печеночных артерий (ХЭПА) с целью девитализации опухоли и снижения возможной кровопотери в ходе планируемой атипичной лапароскопической резекции печени. Однако выявленная во время операции распространенность процесса не позволила выполнить резекцию. У этих больных была проведена РЧТА под лапароскопическим контролем при отведении края печени от стенки желудка, поперечно-ободочной кишки, выделения от спаек и отведении желчного пузыря. Кровопотери в ходе данных вмешательств не отмечено.

При лечении одной больной, 1997 г. рождения, с верифицированным диагнозом: гепатоцеллюлярная карцинома ст. I T1N0M0 была использована технология лечения, включающая предоперационную селективную внутриартериальную эмболизацию опухолевых сосудов с последующей лапароскопической атипичной резекцией левой доли печени. Суммарная кровопотеря во время операции составила менее 30 мл. По данным гистологического исследования по-

лученного интраоперационно материала был отмечен 90% некроз опухоли.

Заключение. Таким образом, рентгенохирургические методы вносят значительный вклад в повышение эффективности лечения первичных и метастатических опухолей печени. Следует отметить, что в большинстве случаев интервенционные радиологические методики не только обеспечивают эффективный гемостаз, но также создают оптимальные условия для последующего мини-инвазивного хирургического вмешательства. Они могут являться существенным компонентом комплексного лечения при планируемых лапароскопических операциях и РЧТА опухолей печени. Представленные случаи еще раз подчеркивают важность мультидисциплинарного подхода к лечению злокачественных опухолей.

Мумладзе Р.Б., Баринов Ю.В., Чеченин Г.М., Лебедев С.С., Мелконян Г.Г.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕГРАДНЫХ СТЕНТИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, кафедра хирургии, г. Москва

С 2005 г. по настоящее время на кафедре хирургии ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва, в ГКБ им. С.П. Боткина активно внедряются стентирование операции на желчных протоках с использованием нитиноловых саморасширяющихся стентов при синдроме механической желтухи, обусловленном опухолевыми процессами. С 2005 по 2013 г. нами реализовано 606 стентирование операции на желчных протоках.

Цель нашего исследования – улучшение качества оказания хирургической помощи онкологическим больным на основании изучения осложнений стентирование технологий, разработки алгоритмов своевременной их диагностики, лечения и профилактики.

В абсолютных числах при синдроме механической желтухи реализованы следующие оперативные вмешательства: стентирование общего желчного протока – 470 (77,6%) операций при опухолевых поражениях желчных протоков, желчного пузыря, головки поджелудочной железы и метастатическом поражении печеночно-двенадцатиперстной связки, а также включая 12 (2%) стентирование гепатикоеноанастомоза при рубцовом процессе в зоне анастомоза или рецидиве опухоли; стентирование правого и левого долевого протока с формированием Y-типа стента – 136 (22,4%) операций при первичном раке печени, метастатическом поражении печени с разобщением долевых и сегментарных протоков.

Как во время операции, так и в послеоперационном периоде у части пациентов были осложнения. Все осложнения стентирование технологий мы подразделяем на общие (характерные для всех видов стентирование вмешательств) и специфические (характерные для конкретного вида оперативного

пособия). В общих осложнениях выделяем ранние (в процессе операции или в течение 1 сут после нее) и поздние (позднее 1 сут после операции). К общим ранним осложнениям относим: кровотечение – 8 (1,3%), перфорацию стентированного органа – 1 (0,17%), анафилактические реакции – 10 (1,7%), неправильную установку стента – 26 (4,3%). К общим поздним осложнениям относим: дислокацию стента – 4 (0,7%), закупорку стента – 50 (8,25%).

Специфические осложнения развиваются при осуществлении конкретной операции, поэтому считаем необходимым разбирать их отдельно. Осложнения при антеградном билиарном стентировании: острый послеоперационный реактивный панкреатит – 78 (12,87%), острый холецистит 8 (1,32%), холангит – 60 (9,9%), пролежень и перфорация холедоха – 1 (0,17%), обструкция сегментарного печеночного протока – 3 (0,5%), подтекание желчи в свободную брюшную полость – 8 (1,32%). В каждом конкретном случае нами проработан алгоритм как профилактики, так и лечения описанных осложнений.

Так, основными элементами профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита являются:

1. Правильный подбор стента по диаметру, наличие и отсутствие покрытия. При расширенном на фоне опухолевого процесса вирусного протоке (более 2–3 мм) показана установка покрытого стента, при меньших диаметрах – непокрытого.

2. Непосредственно перед операцией проводим инъекцию препарата цитостатика (октериотид 0,1 или сандостатин 0,1) с продолжением курса инъекций подкожно каждые 6 ч в течение суток с контролем уровня амилазы крови.

3. При остром панкреатите, обусловленном установкой покрытого нитинолового стента показано его удаление с последующей установкой непокрытого стента диаметром 6–8 мм.

Закупорка (обтурация) стента может быть обусловлена:

- 1) прорастанием непокрытого стента опухолевой или грануляционной тканью (чаще через 6–8 мес) – показано рестентирование стента в стент;

- 2) конкрементами – показано эндоскопическое удаление покрытого стента с литоэкстракцией, и повторное ретроградное рестентирование;

- 3) обтурацией непокрытого стента и невозможности его удаления – показана эндоскопическая литоэкстракция конкрементов;

- 4) прорастанием опухоли выше ранее установленного стента – показано рестентирование стента в стент с раскрытием стента проксимальнее опухолевого процесса;

- 5) сгустком крови в раннем послеоперационном периоде – показана санация стента с отмыванием сгустка через холангиостому при ее наличии или ретроградно – эндоскопически с одновременным проведением гемостатической терапии.

Холангит – показано проведение адекватной антибактериальной терапии, при наличии холангиостомы ежедневная санация желчных протоков растворами антисептиков. При обтурации сегментарного протока показано его антеградное дренирование с одномоментным стентированием. Острый холецистит чаще обусловлен перекрытием, покрытым стентом пузырь-

ного протока, – показана попытка эндоскопической коррекции стента, при неэффективности – чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря с последующим оперативным лечением в «холодном» периоде.

Заключение. Внедрение стентирующих операций в хирургическую клинику сопровождается рядом существенных преимуществ, расширяет возможности оказания хирургической помощи. Изучение этих осложнений позволяет нам выработать алгоритмы их профилактики, своевременной диагностики и лечения. Совсем избежать их невозможно, но сведение их к минимуму необходимо.

Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Сагайдак И.В., Кудашкин Н.Е., Гахраманов А.Д., Мороз Е.А., Чай И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования – оценить современные возможности радикального хирургического лечения больших гепатоцеллюлярным раком с сопутствующим циррозом печени.

Материал и методы. Работа основана на проспективном и ретроспективном анализе клинического материала 180 больных, радикально оперированных по поводу гепатоцеллюлярного рака в отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина за период с 1990 по 2013 г. Оценка состояния паренхимы печени и степень распространенности болезни осуществлялась с помощью инструментальных (УЗИ, включая эластометрию, рентгеновскую компьютерную томографию, МР-томографию брюшной полости с внутривенным контрастированием) и лабораторных методов обследования: биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, общий билирубин и его фракции), коагулограммы (фибриноген, протромбин). Тяжесть цирроза печени определялась на основании классификации Child-Pugh. Изучен уровень, причины осложнений и летальных исходов у оперированных больных, а также прослежена отдаленная выживаемость в группах с сопутствующим циррозом печени (Child-Pugh A и B) и без него.

Сравнительный анализ по тем или иным качественным признакам проведен с использованием критерия χ^2 с поправкой Йейтса для таблиц формата 2 x 2 или без поправки Йейтса для других случаев. Сравнительный анализ продолжительности жизни проводился с использованием Логрангового критерия. Различия между признаками считались статистически достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты. По поводу гепатоцеллюлярного рака выполнено 180 резекций печени, из них у 120 (71,7%) больных не выявлено клинико-лабораторных данных, подтверждающих наличие цир-