

ных сегментарных резекций печени. Использовали стандартное эндовидеохирургическое оборудование. Доступ осуществляли через 4-5 лапаропортов. Держалки петель для выполнения Pringl-маневра выводили через отдельные проколы в правом подреберье. Диссекция паренхимы печени выполнялась при помощи ультразвуковых ножниц и моно- и биполярной электрокоагуляции. Крупные трубчатые структуры клипировали. При атипичных резекциях, а также при пересечении тонких краевых участков паренхимы для достижения гемо- и желчестазы применяли эндоскопические линейные сшивающие аппараты. Обширную резекционную раневую поверхность печени дополнительно обрабатывали аргонусиленной коагуляцией. В одном случае для укрытия раневой поверхности применена гемостатическая губка «Тахокомб». Препарат удаляли в контейнере через расширенный троакарный доступ в левом подреберье. В подавляющем большинстве случаев осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не было. При этом срок послеоперационного стационарного лечения составил 4–5 сут. В одном наблюдении имело место длительное желчеистечение по страховочному дренажу из субсегментарного протока. Желчный свищ закрылся самостоятельно через 21 день.

Таким образом, повышение эффективности хирургического лечения больных с очаговыми образованиями печени благодаря использованию эндовидеохирургических методов диктует необходимость дальнейшего научно-клинического разрешения вопросов, касающихся условий, при которых возможна лапароскопическая резекция печени, показаний и противопоказаний к ней, а также ряда технических аспектов, касающихся эффективности и безопасности методов разделения печеночной паренхимы.

Куканов М.А., Чалаев А.Г., Гончарук М.К.

РОЛЬ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Методы интервенционной радиологии применяются на всех этапах обследования и лечения пациентов с первичными и вторичными поражениями печени. Одни являются этапами комплексного специализированного лечения, другие вмешательства выполняются в плане паллиативной или симптоматической медицинской помощи.

Цель – показать востребованность методик интервенционной радиологии у пациентов с первич-

ными и вторичными опухолями печени на примере работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб ГБУЗ «ГКОД».

Материал и методы. Проведена выборка и статистическая обработка данных операционных журналов отделения за 2010–2013 г. по всем эндоваскулярным и внесосудистым вмешательствам у пациентов с первичными и вторичными изменениями в печени.

Результаты. За период с 2010 по 2013 г. в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб «ГКОД» выполнено 1719 вмешательств пациентам с первичными и вторичными поражениями печени, из них эндоваскулярных вмешательств 1462 (85%), а внесосудистых – 257 (15%) операций. В перечне эндоваскулярных вмешательств наиболее часто выполнялась диагностическая ангиография печени 785 (53,7 % от числа эндоваскулярных вмешательств), из них в 713 (90,8% от числа ДАГ печени) операциях применялась методика субтракционной и ротационной рентгенографии с артериальным контрастированием (методика 3D-или ПДКТ-артериогапатографии). При 68 ДАГ печени была выполнена трепан-биопсия образований с целью гистологической верификации опухоли. За указанный период было выполнено 677 (46,3% от числа эндоваскулярных вмешательств) лечебных эндоваскулярных вмешательств, из них 547 (80,8%) химиоэмболизаций печеночных артерий с лекарственно-насыщаемыми эмбосферами (микросферы, гепасферы), 80 (11,8%) масляных химиоэмболизаций печени с липиодолом, 33 (4,9%) химиоинфузии в артерии печени и 17 (2,5%) эмболизаций и химиоэмболизаций правой ветви воротной вены в предоперационном режиме. Из внесосудистых вмешательств наиболее часто выполнялось наружное холангиодренирование печеночных протоков при механической желтухе – 164 (63,8% от числа внесосудистых операций), наружно-внутреннее холангиодренирование выполнялось в 26 (10,1%) случаях, холецистостомия – в 13 (5,1%), стентирование желчных протоков – в 38 (14,9%) и дренирование патологических полостей печени – в 16 (6,1%). Клинически значимые осложнения были у 16 пациентов, из них 5 (0,29% от числа всех интервенционных вмешательств) пациентов с летальным исходом в послеоперационном периоде (1 – острый инфаркт миокарда; 1 – ТЭЛА; 3 – желчный перитонит на фоне смещения или самоудаления холангиодренажа).

Заключение. Методы интервенционной радиологии востребованы и надежно зарекомендовали себя в повседневной онкологической практике. Они обладают рядом преимуществ: малой травматичностью, селективностью воздействия, меньшим количеством осложнений, возможностью проведения повторных малоинвазивных операций или нескольких вмешательств одновременно, а также возможностью комбинирования с другими видами лечения (системной химиотерапией, лучевой терапией и т. д.). Все это позволяет повысить эффективность противоопухолевой терапии и сократить сроки восстановления и госпитализации онкологических больных.