

тивного в табл. 3.

Таблица 2

**Скорректированная общая выживаемость после радикального лечения**

Выживаемость	№ группы				
	1 группа %±п	2 группа %±п	3 группа %±п	4 группа %±п	5 группа %±п
1 летняя	20±17,9	77,8±8	60±21,9	75±21,7	-
2 летняя	0	63±9,3	40±21,9	75±21,7	-
3 летняя	0	47,9±9,7	40±21,9	37,5±28,6	-
4 летняя	0	43,1±9,8	20±17,9	0	-
5 летняя	0	25,1±9,8	20±17,9	0	-

Таблица 3

**Скорректированная общая выживаемость после паллиативного лечения**

Выживаемость	№ группы				
	1 группа %±п	2 группа %±п	3 группа %±п	4 группа %±п	5 группа %±п
1 летняя	0	25±12,5	9,3±4,4	18,2±11,6	4±3,9
2 летняя	0	8,3±8	2,3±2,3	9,1±8,7	0
3 летняя	0	0	0	0	0
4 летняя	0	0	0	0	0
5 летняя	0	0	0	0	0

**Выводы.**

1. Наиболее неблагоприятно протекает рак желчного пузыря, при котором после радикальных операций не наблюдается двухлетней выживаемости, а продолжительность жизни после паллиативных вмешательств не достигает года.

2. Наиболее схожи между собой по прогнозу рак Фатерова сосочка и рак общего желчного протока: после радикального лечения однолетняя выживаемость превышает 70%, трехлетняя близка к 40%, а после паллиативных пособий выживаемость первого года около 20%.

3. Опухоль Клацкина протекает менее благоприятно. Выживаемость больных, ограничившихся симптоматическим лечением, в течение первого года не более 10%, второго года близка к нулю (2,3%±2,3%). В данном случае шанс на увеличение продолжительности жизни может дать радикальная операция, после которой 1 летняя выживаемость составляет 60%±21,9%, 3 летняя 40%±21,9% и 5 летняя 20%±17,9%.

4. Отмечена пятилетняя выживаемость после радикального лечения при раке Фатерова сосочка: 25,1%±9,8%.

**Литература**

1. *Быков, А.Д.* Папиллярная и другие варианты оперативного лечения опухоли большого дуоденального сосочка / А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.С. Очиров // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН.– 2008.– № 3.– С. 61–62.

2. *Гасанов, А.М.* Диагностика и хирургическая тактика при паренхиматозных полипах желчного пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Гасанов.– М. гос. мед.-стомат. ун.-т.– М., 2007.– 25 с.

3. *Кубышкин, В.А.* Периапулярные опухоли / В.А. Кубышкин // Тихоокеанский медицинский журнал.– 2009.– № 2.– С. 53–56.

4. *Патютко, Ю.И.* Хирургия рака органов билиопанкреато-дуоденальной зоны: руководство для врачей / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников.– М.: Медицина, 2007.– 448 с.

5. *Расулов? Р.И.* Резекция мезентерико-портального венозного сегмента при расширенной гастропанкреато-дуоденальной резекции / Р.И. Расулов [и др.] // Сибирский медицинский журнал.– 2009.– Т. 90, № 7.– С. 83–87.

6. Трудности диагностики терминальной стадии аденокарциномы желчного пузыря. Клиническое наблюдение / И.А. Косова [и др.] // Медицинская визуализация.– 2006.– № 4.– С. 52–61.

7. *Хрячков, В.В.* Особенности паллиативного лечения онкологических больных с механической желтухой / В.В. Хрячков, В.Г. Шумилов // Успехи современного естествознания.– 2008.– № 6.– С. 59.

8. *Чикишев, С.Л.* Пути улучшения результатов панкреато-дуоденальной резекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Л. Чикишев; Ульяновск. гос. ун.-т.– Ульяновск, 2008.– 23 с.

9. Cholangiocarcinoma / S. Mosconi [et al.] // Crit Rev Oncol Hematol.– 2009.– Vol. 69, №3.– P. 259–270.

10. Current diagnostics and therapy for carcinomas of the biliary tree and gallbladder / M. Wiedmann [et al.] // Z Gastroenterol.– 2005.– Vol. 43, №5.– P. 473–475.

11. Liver transplantation for hilar cholangiocarcinoma: a German survey / G.M. Kaiser [et al.] // Transplant Proc.– 2008.– Vol. 40, №9.– P. 3191–3193.

12. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in a new era: comparison among leading Eastern and Western centers, Leeds / A.L. Young [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Sci.– 2010.– Vol. 17, №4.– P. 497–504.

13. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the "new era": the Nagoya University experience / T. Igami [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Sci.– 2010.– Vol. 17, №4.– P. 449–454.

14. *Ustundag Y.* Cholangiocarcinoma: a compact review of the literature / Y. Ustundag, Y. Bayraktar // World J Gastroenterol.– 2008.– Vol. 14, №42.– P. 6458–6466.

15. *Veillette G.* Distal biliary malignancy / G. Veillette, C.F. Castillo // Surg Clin North Am.– 2008.– Vol. 88, №6.– P. 1429–1447.

**SURVIVAL RATE OF THE PATIENTS WITH TUMOURS OF EXTRAHEPATIC BILE DUCTS AFTER RADICAL AND PALLIATIVE TREATMENT**

F.S. KOVALENKO, YU.A. PARKHISENKO

*Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko, Chair of Hospital Surgery*

The retrospective analysis of case histories of 207 patients under treatment in Voronezh regional hospital №1 since 2000 up to 2009 concerning tumours of extrahepatic bile ducts is carried out. Gallbladder carcinoma proceeds most adversely, at which after radical operations two year survival rate is not observed, and lifetime after palliative interventions does not reach one year. From the point of prognosis cancer of Vater's ampulla and cancer of common bile duct are most analogous: one-year probability of survival exceeds 70%, three-year one is near to 40%, whereas after palliative operations the probability of survival is about 20. Klatskin's tumour proceeds less favorably. The survival rate of the patients with only symptomatic treatment within the first year is no more than 10%, the second year close to zero (2,3%±2,3%). In this case radical operation after which 1-year survival rate makes 60%±21,9%, 3-year 40%±21,9% and 5-year 20%±17,9% can give a chance of increasing life expectancy. 5-year survival rate after radical treatment on cancer of Vater's ampulla is noted to be 25,1%±9,8%.

**Key words:** extrahepatic bile ducts, cancer, radical and palliative treatment.

УДК: 616.831-003.215-089

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИИ КОНТУЗИОННЫХ ОЧАГОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

С.Ю. КОЗЛОВ, С.В. РОДИОНОВ, А.Н. БУЛАННЫЙ, Э.В. РАДЗЕВУДЗЕ, Д.В. АНТИПОВ\*

Изучены 58 больных с контузионными очагами головного мозга, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ВОКБ №1 в 2009–2010 гг.

**Ключевые слова:** контузионный очаг головного мозга, хирургическое лечение.

**Цель исследования** – определение показаний к хирургии пациентам с контузионными очагами головного мозга в зависимости от степени клинической компенсации.

**Материалы и методы исследования.** Произведено исследование группы из 58 больных, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ВОКБ №1 в 2009–2010 г.г., с контузионными очагами головного мозга с различными размерами и локализацией. В первую очередь оценивались: локализация очага, его размеры, наличие дислокации срединных структур, фаза клинической компенсации, наличие гематомы, КТ-характеристика очага и динамика неврологических симптомов.

**Результаты и их обсуждение.** Для оценки результатов лечения все больные были распределены на несколько групп, в зависимости от клинической степени компенсации, неврологической симптоматики, типа и размера контузионных очагов. Выделено три группы пациентов, поступивших в состоянии различной фазы клинической компенсации. В первой группе пациенты были

\* Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н. Бурденко, адрес: г. Воронеж, Россия, 394036, ул. Студенческая, 10, тел.: +7 (4732) 57-97-17; Воронежская областная клиническая больница №1, адрес: г. Воронеж, Россия, 394066, Московский проспект, 151, корп. 1, тел.: +7 (4732) 579724, e-mail: medvrn@gmail.com

в фазе клинической субкомпенсации – 21 пациент (36%). Во второй группе пациенты в фазе умеренной клинической декомпенсации – 22 больных (38%). В третьей группе в фазе глубокой клинической декомпенсации – 15 пострадавших (26%). В первой группе большинство пациентов было с единичными контузионными очагами в лобной и височной областях, объемом менее 30 куб.см. У 3 пациентов обнаружено субарахноидальное кровоизлияние, у 8 пациентов различные формы гематом. В этой группе преобладали очаги первого и второго типов. В неврологической симптоматике преобладали очаговые симптомы. Двоим больным произведено оперативное вмешательство, направленное на декомпрессию мозга, удалению подвергались гематомы. Остальным пациентам производилась консервативная терапия. У всех пациентов данной группы отмечался регресс неврологической симптоматики при выписке из стационара. Во второй группе – 11 пациентов с множественными контузионными очагами, размерами 30 куб.см. и более. У 6 больных наблюдался дислокационный синдром. Еще у 10 пациентов субарахноидальное кровоизлияние, у 10 – различные формы гематом. По данным КТ очаги 2 и 3 типов. 9 пострадавших произведено оперативное лечение, удаление контузионных очагов и гематом. В данной группе 4 летальных исхода. У большинства пациентов этой группы отмечен регресс неврологических симптомов. В третьей группе у 10 пациентов отмечен дислокационный синдром. У 11 больных множественные очаги контузии в нескольких областях головного мозга, очаги 2, 3 и 4 типов. У большинства больных отмечалось наличие гематом. 14 пациентам произведено хирургическое лечение контузионных очагов. У 7 пациентов отмечалось значительное смещение срединных структур. В группе 8 летальных исходов. Летальные исходы в данной группе наблюдались у оперированных больных и были связаны с массивным повреждением вещества головного мозга и тяжелой сочетанной травмой.

**Выводы.** Медикаментозная терапия контузионных очагов головного мозга показала хорошие результаты при наличии единичных очагов контузии 1, 2 типов с преимущественной локализацией в лобно-теменной области. Если нет значительной дислокации мозга и гематом. При появлении первых признаков ухудшения состояния пациента, нарастании гипертензионного синдрома незамедлительно необходимо произвести декомпрессию мозга. При отсутствии признаков развития контузионного очага было оправданно удаление лишь гематомы. Размеры контузионных очагов практически не принимались во внимание, так как при любом их размере, в отсутствии других признаков медикаментозная терапия дала хорошие результаты. Оперативное лечение контузионных очагов было оправдано у больных с очагами крупных размеров, затрагивающих несколько областей, 3-4 типа, с признаками нарастания внутричерепной гипертензии и стойком пребывании пациентов в фазе декомпенсации, а также значительном смещении срединных структур. Радикальность удаления контузионного очага производилась в пределах «здоровой» ткани.

#### DETERMINING THE INDICATIONS FOR SURGERY BRAIN CONTUSION

S.YU. KOZLOV, S.V. RODIONOV, A.N. BULANYI, E.V. RADZEVUDZE, D.V. ANTIPOV

*Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko  
Voronezh Regional Clinical Hospital #1*

58 patients with cerebrum contusion centre treated at the neurosurgical department of Voronezh Regional Clinical Hospital #1 in 2009-2010 were studied.

**Key words:** contusion of the brain, surgical treatment.

УДК: 616.831-001-071

#### НОВЕЙШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

С.Ю. КОЗЛОВ, С.В. РОДИОНОВ, Г.М. БАЧУРИН, О.С. ЦОКАЛО\*

С конца 2008г. в ВОКБ№1 с использованием системы нейронавигации прооперировано 25 больных с путаменальной и медиальной локализацией гематом, с уровнем сознания не глубже сопора (9 баллов и выше по GCS). Средний объем гематом составил 38 см<sup>3</sup>. Методика

проведения операции заключалась в дренировании внутримозговой гематомы катетером под нейронавигационным контролем с последующим фибринолизом и аспирацией жидкой части гематомы. У большинства пациентов удалось эвакуировать до 70% от исходного объема кровоизлияния, что в дальнейшем создало условия для регресса неврологической симптоматики. Рецидивы кровоизлияний наблюдались у 4 больных (16%), 3 из них (12%) потребовалось повторное оперативное вмешательство. Летальность составила 16%. Причинами смерти явилось прогрессирование внутричерепных осложнений (отек, дислокация головного мозга и рецидивное кровоизлияние). Таким образом, данная новейшая методика является достойной альтернативой существующим традиционным способам лечения внутримозговых гипертензивных гематом.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, контузионные очаги, хирургическое лечение.

**Цель исследования** – оценить использование метода пункционной аспирации под нейронавигационным контролем с последующим локальным фибринолизом в хирургии гипертензивных внутримозговых гематом.

**Материалы и методы исследования.** С конца 2008 г. в Воронежской областной клинической больнице №1 применяется методика пункционной аспирации и локального фибринолиза нетравматических внутримозговых кровоизлияний с использованием системы нейронавигации. Прооперировано 25 больных. Из них мужчин – 18, женщин – 7. Возраст от 37 до 70 лет, средний возраст – 54 года. У всех больных изучен анамнез, проведены необходимые диагностические манипуляции, направленные на верификацию основного и сопутствующего заболеваний. Сопутствующие нозологии были выявлены у большинства больных: гипертоническая болезнь выявлена у 20 пациентов (80 %); сахарный диабет 2 типа – у 3 больных (12%), 4 больных имели тяжелые соматические заболевания терапевтического профиля. Всем больным в течение первых суток при поступлении в стационар, была проведена РКТ головного мозга. Для исключения сосудистой патологии (при субкортикальной локализации гематом – у двух пациентов 8%), больным проводилась панангиография. При путаменальной локализации кровоизлияния (n=23, 92% больных) данное исследование не производили.

Объем гематом до операции составлял от 14 до 100 см<sup>3</sup>, средний объем 38 см<sup>3</sup>. Смещение срединных структур головного мозга по данным РКТ (МРТ) выявлено у 18 пациентов (75%). Величина смещения колебалась от 3 до 10 мм., средняя – 6 мм. Наличие и выраженность дислокационного синдрома оценивали по классификации, предложенной В.В. Лебедевым, В.В. Крыловым (2000 год). Степень латеральной дислокации расценивали как незначительное смещение (3-4 мм) – 52% (n=13); умеренное смещение (5-9 мм) – 44% (n=11); выраженное смещение (10 мм и более) – 4% (n=1). У всех больных в раннем постоперационном периоде в обязательном порядке проводился контроль объема дренируемой гематомы, посредством методов нейровизуализации (РКТ или МРТ). У всех больных проводилась 2 кратная компьютерная томография: 1 сутки и 2-5 сутки постоперационного периода.

Уровень сознания больных в предоперационном периоде оценивался по Шкале Комы Глазго (ШКГ): 15 баллов (ясное сознание) – 7 пациентов; 13 баллов (умеренное оглушение) – 10; 11 баллов (глубокое оглушение) – 8.

Основными критериями для использования метода пункционной аспирации и локального фибринолиза являлись: путаменальная и медиальная локализация гематом у пациентов с уровнем сознания не глубже сопора (9 баллов и выше по шкале комы Глазго), поскольку выполнение методики сопряжено с определенным временным интервалом эвакуации гематомы и разрешением дислокации головного мозга. Противопоказанием для лечения было более выраженное предоперационное угнетение сознания, наряду с нарастающими симптомами дислокации – угроза декомпенсации состояния пациента на фоне продолжительного фибринолиза.

Методика проведения операции заключалась в дренировании внутримозговой гематомы катетером под нейронавигационным контролем с последующим фибринолизом и аспирацией жидкой части гематомы. После аспирации в дренаж вводили тромболитик и катетер перекрывали. Интервал между введениями препарата составлял 6 часов. По истечении указанного времени дренаж открывали, повторно аспирировали жидкую часть гематомы и вводили тромболитик. Продолжительность фибринолиза колебалась от 24 до 72 ч (в среднем – 36±6 ч).

Большинству больных (56%, n=14) операция была проведе-

\* Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н. Бурденко, адрес: г. Воронеж, Россия, 394036, ул. Студенческая, 10, тел.: +7 (4732) 57-97-17; Воронежская областная клиническая больница №1, адрес: г. Воронеж, Россия, 394066, Московский проспект, 151, корп. 1, тел.: +7 (4732) 57-97-24, e-mail: [medvrn@gmail.com](mailto:medvrn@gmail.com)