

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Чжасо А.В.¹, Ионкин Д.А.¹, Чугунов А.О.², Коваленко Ю.А.², Жаворонкова О.И.¹,
Ветиева Н.Н.¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России

² Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

г. Москва

Цель: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. Для проведения криодеструкции использовали аппарат «КРИО-МТ» (Россия). Вмешательство производилось из лапаротомного доступа под ультразвуковым контролем. С 2007 года криодеструкция была произведена у 25 пациентов, из них в 7 случаях – по поводу первичного (ГЦР) и в 18 - метастатического рака (МТС) печени. Средний возраст больных – 57±3 года. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов - от 1 до 10 (4±3). Длительность криодеструкции составила от 2 до 5 мин. замораживания при Т°С от -175 до -186 °С. Число сеансов на 1 очаг было от 1 до 5. У 3 больных с ГЦР и у 1 с МТС колоректального рака криодеструкция дополнена чрескожной алкоголизацией очагов в послеоперационном периоде. Всем больным в последующем была проведена адьювантная химтерапия, в 6 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Ближайшие результаты: Нами были отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение (n=3), нагноение послеоперационной раны (n=1). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было.

Отдаленные результаты: Максимальный срок наблюдения составил 30 мес. Из 5 пациентов с распространением опухолевого процесса за пределы печени в настоящее время жива 1 больная со сроком наблюдения 30 мес. Всего живых – 2 больных, переживших 30 месяцев. При МТС в печень (n=17) было следующее распределение больных: IV стадия – 14, пациентов, III стадия – 3. При ГЦР (n=6): в настоящее время живы 2 больных.

Выживаемость по Каплан-Майеру у больных с МТС в печень: наблюдение за 2010 год: 6 мес. – 84%, 12 мес. – 66%, 24 мес. – 41%; наблюдение за 2011 год: 6 мес. – 53%, 12 мес. – 29%, 24 мес. – 15%, 33 мес. – 15%.

Заключение. Криодеструкция при первичном и метастатическом раке печени у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. При применении химиотерапевтического лечения отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Нуров З.Х., Назипов С.Т.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино

г. Душанбе, Таджикистан

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения послеоперационного перитонита.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за период 2002 по 2012 гг. по поводу послеоперационного перитонита применением новой технологии оперированы 46 пациентов. Возраст больных варьировал от 16 до 68 лет. Среди них мужчин было 27 (58,7%), женщин – 19 (45,3%). Для диагностики и коррекции ранних послеоперационных внутрибрюшных воспалительных осложнений лапароскопию применяли 33 (71,7%) наблюдениях. В 13 (28,3%) случаях ограниченного скопления жидкости в брюшной полости выполняли их пункцию и дренирование под контролем УЗИ. Показаниями к лечебно-диагностической лапароскопии в послеоперационном периоде служили сомнения в развитии осложнений по данным клинических, лабораторных исследований и УЗИ; подозрение на развитие послеоперационного перитонита, возможность лапароскопической санации брюшной полости и устранение осложнения, а также отсутствие общих и местных противопоказаний к видеолапароскопии. Соответственно распространенный перитонит оказалось у 18 (39,1%) пациентов, местный - у 17 (36,9%) и абсцессы брюшной полости - у 11 (24,0%) больных. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ считали показанными при наличии в брюшной полости ограниченного скопления жидкости, не содержащего секвестров, диаметром не более 5 см и четкой визуализации свободной траектории продвижения иглы к данному образованию. В 17