

**Выводы.** ЧКД под контролем УЗИ подлежат все скопления патологической жидкости при остром деструктивном панкреатите. УУ для ЧКД полостных образований позволяет оптимально размещать его в дренируемой полости и является эффективным методом для адекватного дренирования полостей сложной конфигурации. УЧКД позволяет предотвратить травмирование мягких тканей и стенок дренируемой полости в зоне расположения трубки и снижает риск возникновения осложнений. Применение УУ для ЧКД и УЧКД как миниинвазивных вмешательств в лечении осложнений острого панкреатита позволило в большинстве случаев отказаться от повторных хирургических вмешательств и уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ**

*Суворова Ю.В., Сокуренко В.П., Таразов П.Г., Корытова Л.И.*

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Минздравсоцразвития

г. Санкт-Петербург

**Цель.** Оценка риска осложнений регионарной химиотерапии и эмболизации ветвей наружных сонных артерий.

**Материалы и методы.** За период 1999-2009г. каротидная артериография, химиотерапия и эмболизация ветвей наружной сонной артерии (НСА) выполнена у 44 больных в возрасте 39-70 лет. Диагноз злокачественной опухоли орофарингеальной зоны Т<sub>4</sub>Н<sub>2-3</sub>М<sub>Х</sub> был установлен у 42 пациентов, параганглиома шеи у одного, гемангиома затылочной области у одного больного. Каротидную артериографию выполняли по стандартной методике. После диагностического этапа в случае злокачественной опухоли внутриартериально вводили водный раствор 5-фторурацила (1г) и карбоплатина (200мг), затем выполняли их эмболизацию мелко нарезанной гемостатической губкой. При параганглиоме и гемангиоме селективную эмболизацию ветвей НСА, кровоснабжающих образование выполняли эмбосферами размером 100-300 мкм.

**Результаты.** Осложнения ангиографии НСА в виде транзиторного нарушения мозгового кровообращения отмечены у двух из 44 больных (4,5%), в обоих случаях процедура завершена на диагностическом этапе. Неврологические нарушения в виде

транзиторного онемения верхней конечности на стороне, противоположной вмешательству, в процессе эмболизации отмечены у 5 из 42 пациентов (11,9%). Симптомы были успешно купированы внутривенным введением спазмолитиков.

Местные осложнения регионарной химиотерапии выявлены у 11 из 40 больных (27,5%). К ним относились спазм мышц и/или гиперемия кожи лица на стороне поражения в момент введения химиопрепаратов ( $n=7$ ), отек мягких тканей лица и шеи, развившийся в первые сутки после регионарной химиотерапии ( $n=3$ ), некроз мягких тканей щеки отмеченный на четвертые сутки после рентгеноэндоваскулярного вмешательства ( $n=1$ ).

Гематологическая токсичность I – II степени наблюдалась у 8 больных (20%), IV степени – лишь в одном случае (2,5%).

**Заключение.** Регионарная химиотерапия и эмболизация ветвей НСА являются относительно безопасными процедурами. Несмотря на это, отбор больных для проведения подобных вмешательств должен быть очень тщательным.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ПРИРОДЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВОРОТ ПЕЧЕНИ

Хубутия М.Ш., Лотов А.Н., Чжао А.В., Луцый К.Н., Бугаев С.А.,

Пинчук Т.П., Черная Н.Р.

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (директор, член-корр. АМН, профессор М.Ш. Хубутия)

г. Москва

Вряд ли можно переоценить вклад сотрудников Института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в развитии хирургии печени и желчевыводящих путей. Написанная Б.А.Петровым совместно с Э.И.Гальпериным монография «Хирургия внепеченочных желчных протоков» остается классическим руководством для хирургов.

Синдром механической желтухи (МЖ) развивается при возникновении препятствия оттоку желчи по желчным протокам в двенадцатiperстную кишку и сопровождает течение целого ряда злокачественных заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы. Таким образом, важнейшим и патогенетически обоснованным