

4 пациентам третьим этапом наложено внутреннее желчеотведение путем низведения дренажного катетера в 12-перстную кишку. **Одномоментное внутреннее дренирование (правосторонний доступ)** выполнено 1 (2,6%) пациенту, вторым этапом в этом наблюдении наложено двустороннее внутреннее желчеотведение.

Примененные с учетом индивидуальных особенностей конкретных клинических наблюдений способы билиарной декомпрессии способствовали обеспечению адекватного контролируемого желчеотведения и нормализации уровня билирубина сыворотки крови, иных критических показателей нарушенного гомеостаза в оптимальные сроки, не сопровождались осложнениями и летальностью.

Резюме:

Антеградные способы дренирования желчных протоков у больных с механической желтухой опухолевой природы (опухоль Клацкина), примененные с учетом индивидуальных особенностей клинического наблюдения, безопасны, обеспечивают возможность осуществления контролируемой билиарной декомпрессии и достижение хорошего симптоматического эффекта.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ**

*Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Мелехина О.В.,
Шуракова А.Б., Чжасо А.В.*

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

Цель: улучшение результатов лечения пациентов первичным раком печени.

Материалы и методы. С 2002 г. накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 22 больных первичным раком печени, из них - 19 мужчин и 3 женщины; средний возраст составил 42,6 (34-68) лет. Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Вмешательство производилось под ультразвуковым контролем. Всего был выполнен 34 сеанс РЧА. Чрескожная РЧА (ЧРЧА) была выполнена в 28 наблюдениях у 16 пациентов. Среднее число сеансов – 1,4 (от 1 до 4). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 6 наблюдениях.

Показания к проведению РЧА:

1. резидуальная/рецидивная опухоль после ранее проведенной РЧА или оперативного метода лечения.
2. общие противопоказания к проведению резекции печени (тяжелое соматическое состояние больного, коагулопатия и т.д.)
3. низкий функциональный резерв печени (цирроз печени класса «B», «C» (по Чайлду), последствия ПХТ, жировой гепатоз и др.).

Контроль эффективности производился с применением УЗИ, МРТ, начиная с первых 24 часов после вмешательства.

Результаты. 3 (15,8%) больных умерли в первые 2 месяца после вмешательства в следствие прогрессирования печеночной, а затем и полиорганной недостаточности. У 48% больных было отмечено прогрессирование опухолевого процесса.

После РЧА 1-, 2-х, 3-х, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 56,2%; 41,1%; 26,4%; 15,2% и 7,1% соответственно. Медиана выживаемости - 26 месяцев.

Заключение. Результаты лечения больных с новообразованиями печени с применением РЧА, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: локализация, количество и размеры опухолевых узлов, функционального состояния печени. При оценке эффективности РЧА УЗИ и КТ менее информативны, чем МРТ. Чаще отмечается не продолженный опухолевый рост, а неполная деструкция. Необходим динамический контроль за пациентами (УЗИ, СКТ, МРТ, определение уровня онкомаркеров). Чрескожная РЧА может производиться по мере необходимости, что в результате обеспечивает достаточную радикальность лечения.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛАНГИТОМ КАК КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Карсанова З.О., Бесаев А.А.

ГБУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РСО-Алания»

г. Владикавказ

Проблема лечения пациентов с синдромом механической желтухи остается актуальной до настоящего времени. Несмотря на развитие малоинвазивных технологий, число неудовлетворительных результатов лечения и летальность в группе пациентов с