

Результаты. Чрескожные чреспеченочные эхинококэктомии под УЗ- и РТВ-наведением были выполнены у 234(59%) взрослых и 12(14%) детей, чрескожное пункционное лечение – у 87(22%) взрослых и 16(18%) детей. Видеолапароскопические вмешательства с предварительным дренированием и обработкой полости кисты 85-87% глицерином – у 75(19%) взрослых и 9(10%) детей. Один ребенок (1,2%) оперирован по методике М.И. Прудкова. В 20% наблюдений были выявлены цистобилиарные свищи, ни в одном наблюдении традиционной операции не потребовалось. В 1,7% наблюдений отмечено нагноение остаточной полости, излечено минимально инвазивно. У одной пациентки был рецидив по ходу стояния дренажа. Обязательным условием комплексного лечения эхинококкоза печени является противорецидивная химиотерапия альбендазолом.

Выводы. Применение современной комбинации высокинформативных и безопасных методов диагностики (УЗИ и МРТ) в сочетании с серологическими тестами дает возможность в 95% наблюдений диагностировать эхинококкоз печени. Сберегающая хирургия моновезикулярного эхинококкоза печени (по строгим показаниям) с использованием современного оборудования, высокоэффективных гермицидов (глицерин 85-87%), проводимая в специализированных стационарах с обязательной противорецидивной терапией (альбендазол) не уступает традиционным методам лечения.

СОЧЕТАННЫЕ С ЭНДОСКОПИЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННО- РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Черкасов В.А, Виршике Э.Р., Нечипай А.М.,

Авалиани М.В., Бурдюков М.С., Юричев И.Н.

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН

г. Москва

В последнее десятилетие отмечено динамичное развитие относительно нового направления лучевой диагностики и лечения — интервенционной радиологии. Этому способствовало как развитие аппаратно-инструментальной базы специализированных лечебных учреждений (в т.ч. онкологического профиля), так и неудовлетворенность

специалистов чрезмерно травматичными хирургическими способами разрешения ряда сложных клинических задач, в частности механической желтухи опухолевого генеза. Сочетание этих посылов послужило катализатором не только и не столько расширения области приложения ряда известных и рассматриваемых в настоящее время в качестве рутинных интервенционно-радиологических процедур, сколько основанием для разработки совершенно новых, в т.ч. уникальных, сочетанных с интервенционной эндоскопией методик.

В настоящее время применяются следующие способы билиарной декомпрессии: - хирургический (формирование обходных билиодигестивных анастомозов); - антеградный (чрескожные чреспеченочные рентгеноэндобилиарные дренирующие вмешательства); - ретроградный (эндоскопическое дренирование желчевыводящих путей).

Антеградный и ретроградный методы устранения механической желтухи не являются конкурирующими и в настоящее время все чаще используются комплексно в различных сочетаниях, исполняются последовательно или одномоментно.

Среди которых:

- Антеградная холангиоскопия и прицельная биопсия,
- Антеградная и ретроградная внутрипротоковая эндосонография билиопанкреатодуodenальной зоны
- Антеградная и пероральная холангиоскопия с прицельной биопсией
- Формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов
- Формирование функциональных билиогастральных анастомозов
- Формирование функциональных билиоентеральных анастомозов
- Формирование функциональных билиобилиарных анастомозов
- Формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов с отключенной по Roux петлей тощей кишки
- Восстановление внутреннего желчеотведения антеградной установкой дренажного катетера через пластиковое покрытие и просвет дуоденального стента в 12-перстную кишку при «двойных» протоковых и дуоденальных стенотических стриктурах.