

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница

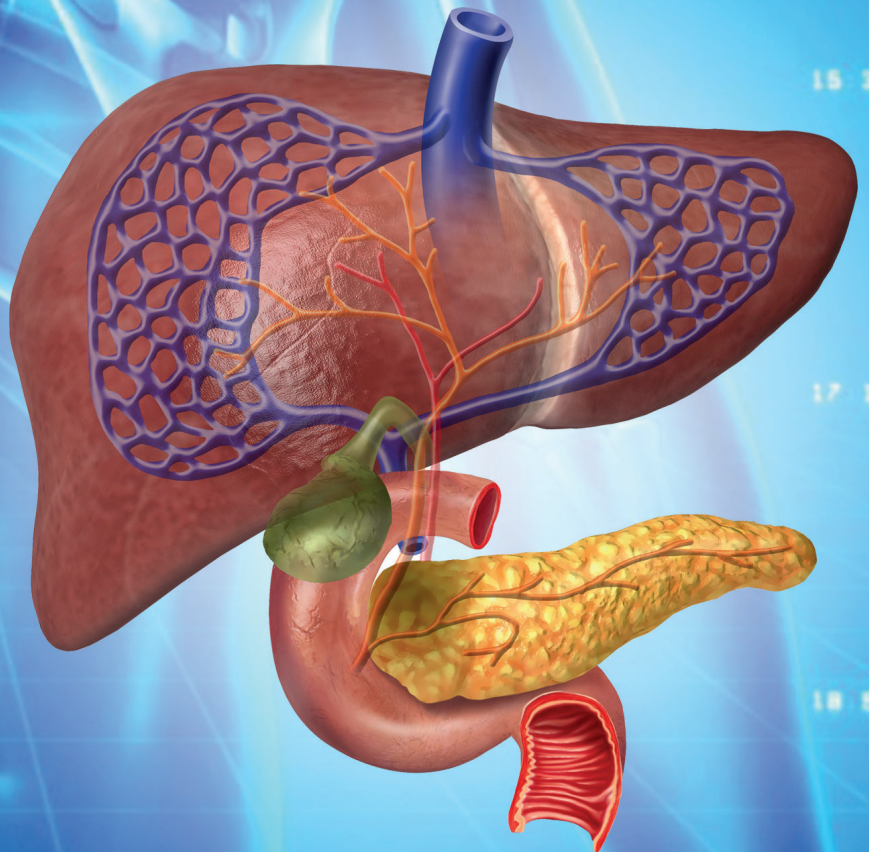
медицинский вестник №28 / 2024

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
(24.11.2023 г.)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ

ХИРУРГИИ



ПРЕЗИДИУМ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



Бояринцев Валерий Владимирович
Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.



Журавлёв Сергей Викторович
Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.



Калиниченко Александр Юрьевич
Заместитель главного врача по хирургии, ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, к.м.н.



Смотрите
видеозапись
трансляции



ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПОКАЗАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИИ

Калиниченко А.Ю., заместитель главного врача по хирургии, к.м.н.

Дистальная резекция поджелудочной железы (ДРПЖ) является основным видом оперативного пособия пациентам с очаговыми поражениями дистальных отделов данного органа. Существует несколько разработанных подходов и видов данного вмешательства.

Цель. Определение показаний и вариантов выполнения ДРПЖ в зависимости от характера поражения и распространенности процесса.

Материалы и методы. ДРПЖ впервые в мире была выполнена Ф. Тренделенбургом в 1882 г. у пациента с саркомой, в дальнейшем разработано большое количество вариантов данных операций.

Показаниями к ДРПЖ служат как доброкачественные заболевания: панкреонекроз, кисты дистальных отделов ПЖ, свищи поджелудочной железы, травма ПЖ; так и новообразования: кистозные опухоли, гормон-продуцирующие опухоли, протоковая аденокарцинома, метастатическое поражение и прорастание опухоли других органов.

При определении возможности выполнения лапароскопического доступа к выполнению ДРПЖ руководствуются критериями «Yonsei criteria», предложенными в Корее в 2011 г.

Принято различать дистальную резекцию, корпорокаудальную резекцию, ДРПЖ с сохранением селезенки и со спленэктомией, ДРПЖ с резекцией других соседних органов и сосудов. ДРПЖ с со-

хранением селезенки выполняется в двух вариантах:

- **операция Kimura** — выполняется с сохранением селезеночной артерии и вены,
- **операция Warshaw** — производится с резекцией селезеночной артерии и вены, при этом кровоснабжение селезенки обеспечивается за счет коротких желудочных сосудов. ДРПЖ со спленэктомией исторически выполнялась в стандартном ретроградном варианте,

ции Герота и включает в себя левостороннюю адреналэктомию. Преимуществами данной методики является больший процент достигаемых R-0 резекции (91%, при 73% в случае SRPS) и адекватность лимфодиссекции.

Одним из расширенных вариантов ДРПЖ с резекцией чревного ствола при его поражении является **модифицированная операция Appleby** («DP-CAR» Distal Pancreatectomy With Celiac Axis Resection).

Дистальная резекция поджелудочной железы впервые в мире была выполнена Ф. Тренделенбургом в 1882 г. у пациента с саркомой.

заклучавшимся в том, что начало мобилизации комплекса производится с мобилизации селезенки (SRPS).

На настоящий момент большое распространение получила **радикальная модульная антеградная панкреатоспленэктомия (RAMPS)**, которая заключается в антеградном направлении мобилизации от перешейка поджелудочной железы к селезенке,

На настоящий момент при определении возможности выполнения лапароскопического доступа к выполнению ДРПЖ руководствуются критериями «Yonsei criteria», предложенными в Корее в 2011 г.:

- опухоль в пределах поджелудочной железы,
- нет прорастания фасции между задней поверхностью ПЖ и левым надпочечником и почкой,
- опухоль локализуется на 1-2 см дистальнее чревного ствола.

Заключение. На настоящий момент описано и стандартизировано несколько вариантов выполнения ДРПЖ, что обеспечивается возможность адекватного выбора той или иной методики хирургом при выполнении резекционного вмешательства на дистальных отделах поджелудочной железы.■

радикальной лимфодиссекции. Под модульностью понимается два варианта: передний — линия резекции проходит над левым надпочечником, и задняя — выполняется при прорастании фас-

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Шибанова Ю.Л., заведующая 1 хирургического отделения,
Калиниченко А.Ю., заместитель главного врача по хирургии, к.м.н.

Среди острых заболеваний органов брюшной полости панкреатит занимает третье место после аппендицита и холецистита. При лечении данной патологии сохраняется высокая летальность.

Цель: Показать, что тактика лечения зависит от тяжести течения острого панкреатита и фазы, которую проходит в настоящее время панкреатит тяжелого течения.

Материалы и методы: Проблема совершенствования результатов лечения острого панкреатита является чрезвычайно актуальной в связи с продолжающимся ростом и высокими показателями послеоперационной летальности — 19,66% по данным 2021 года. В связи с этим необходимо постоянное совершенствование знаний специалистов разных специальностей для достижения единого подхода в лечении.

Самым надежным и достоверным способом оценки повреждения поджелудочной железы в настоящее время является КТ с внутривенным контрастированием.

В настоящее время в лечении острого панкреатита врачи опираются на клинические рекомендации министерства здравоохранения РФ, а также на приказ 150 Департамента здравоохранения г. Москвы.

Фазы острого панкреатита

I фаза — ранняя, в свою очередь разделяется на два периода.

IA фаза, как правило, первая неделя заболевания. Формирование очагов некроза, развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует.

IB фаза, как правило, вторая неделя заболевания. Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической клетчатке). Клинически преобладают явления резорбтивной лихорадки, формируется перипанкреатический инфильтрат.

II фаза — поздняя, фаза секвестрации (начинается, как

правило, с 3-й недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания.

Лечение

Панкреатит легкой степени в активном хирургическом лечении не нуждается, проводится консервативная терапия.

Лечение панкреатита средней и тяжелой степени проводится в условиях отделения реанимации, с использованием многокомпонентной интенсивной консервативной терапии, которая включает в себя:

- коррекцию водно-электролитных нарушений,
- установку назогастрального зонда с целью декомпрессии,
- установку назоинтестинального зонда с целью парентерального питания,
- экстракорпоральные методы очищения крови при активной фазе токсемии.

Диагноз острого панкреатита по степени тяжести устанавливается по факту законченного случая.

Самым надежным и достоверным способом оценки повреждения поджелудочной железы в настоящее время является КТ с внутривенным контрастированием.

Современный комплексный подход к лечению острого деструктивного панкреатита с использованием миниинвазивных методик позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов.■

FUSION-ТЕХНОЛОГИИ

КАК МЕТОД НАВИГАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Зубарев А.В., научный руководитель по лучевой диагностике, заведующий кафедрой ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, д.м.н., профессор,
Халмухамедова А.Е., врач отделения ультразвуковой диагностики.*

Fusion-технология — это виртуальное сочетание ультразвуковых изображений, получаемых в режиме реального времени на мониторе УЗИ-сканера, с DICOM — данными многодетекторной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы: на кафедре изучены диагностические возможности Fusion-технологии для уточнения локализации опухолевых очагов в различных органах. Эта технология также представляет особый интерес при выполнении интервенционных, малоинвазивных вмешательств на внутренних органах. Изучены возможности мультимодального лучевого исследования очаговых образований печени, почек, определение связи очаговых образований с крупными сосудами и протоками печени, определение показаний к объему хирургического лечения, выявление новых очаговых образований печени

без дополнительной лучевой нагрузки на пациента. Оценены возможности Fusion-технологий в мониторинге лечения пациентов с метастазами печени, при обследовании до и после радиочастотной абляции печени, когда на фоне абляции очага, вследствие деструкции тканей, ухудшается ультразвуковая картина. В этой ситуации возможна дополнительная ориентация по КТ или МРТ изображениям, а также обследование до и после неoadъювантной химиотерапии печени в разные периоды.

Были получены доказательства выгоды сочетанного использования различных лучевых методов для одновременного отображения органов. Одновременно с данными КТ и МРТ были использованы уникальные возможности УЗИ-изображения (со всеми возможными настройками- контрастное усиление, ультразвуковая эластография, перфузия тканей, все виды ультразвуковой доплеро-

графии и т.д.). Преимуществом Fusion-технологии для объемной навигации является объединение данных КТ или МРТ с данными реального сканирования при УЗИ.

Вывод: Использование Fusion-технологии обладает преимуществами при проведении интервенционных диагностических и лечебно-диагностических манипуляций у пациентов с образованиями или метастазами печени, почек, поджелудочной железы, являясь достаточно информативным методом в мониторинге лечения, позволяет достаточно объективно отражать результаты радиочастотной абляции и неoadъювантной полихимиотерапии и констатировать результаты лечения в виде стабилизации или прогрессирования метастатического процесса. Применение Fusion-технологий может быть целесообразно на заключительных этапах диагностической программы в качестве уточняющего и дополняющего метода. ■

БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Каменцева С.В., заведующая отделением — врач-эндоскопист, к.м.н.,
Хон Е.И., врач-эндоскопист эндоскопического отделения.

Механическая желтуха — синдром, развивающийся вследствие нарушения оттока желчи из печени. Причинами этого состояния служат различные доброкачественные и злокачественные заболевания органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Вне зависимости от причины механической желтухи, первоочередной задачей является скорейшее восстановление пассажа желчи из печени для предотвращения развития печеночной недостаточности. Существуют различные виды дренирования желчных протоков. В зависимости от причины и уровня механического блока подбирается наиболее подходящий метод лечения.

Цель. Определение тактики декомпрессии желчных протоков в зависимости от причины и уровня билиарного блока.

Материалы и методы. Выбор тактики билиарной декомпрессии при синдроме механической желтухи был и остается одним из спорных вопросов в хирургии. Помимо общего состояния пациента, важными факторами, влияющими на способ декомпрессии и его результат, являются причина желтухи (злокачественная или доброкачественная) и уровень билиарного блока относительно конfluence желчных протоков (дистальный или проксимальный).

На данный момент существуют два основных минимально инвазивных метода декомпрессии желчных протоков — эндоскопический ретроградный и рентгенохирургический антеградный. Каждый способ имеет свои преимущества и недостатки, свои показания и свой спектр

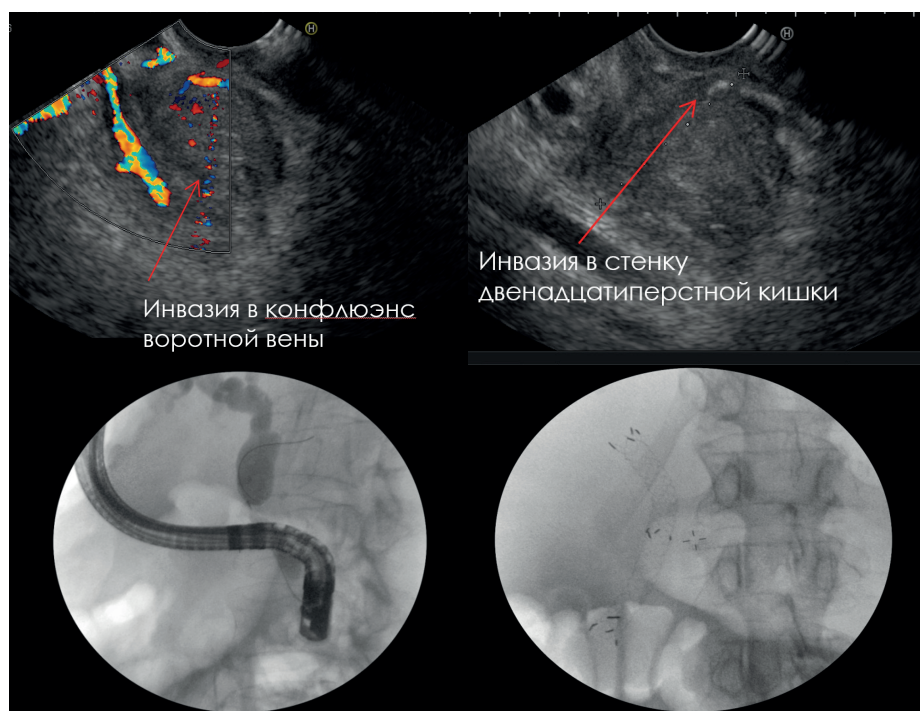
осложнений. Выбор оптимального метода дренирования должен основываться на российских и зарубежных рекомендациях, а также возможностях и оснащении конкретного лечебного учреждения.

Основной методикой билиарной декомпрессии при дистальном опухолевом блоке у пациентов, которым предстоит радикальное хирургическое вмешательство, является эндоскопическое стентирование. При невозможности выполнения радикальной операции пациентам с дистальным опухолевым блоком предпочтительнее также следует отдавать ретроградным эндоскопическим методикам. Методикой выбора при сочетанном билиодигестивном блоке стоит отдавать предпочтение эндоскопическому лечению — одномоментной установке самораскрывающегося билиарного стента и само-

раскрывающегося дуоденального стента. При проксимальном блоке, эндоскопическое лечение возможно при типе блока I или II по Бисмуту, однако, предпочтительнее следует отдать антеградным методикам. При блоке типа III и IV по Бисмуту показано антеградное лечение.

При лечении доброкачественных билиарных стриктур золотым стандартом на данный момент является этапное эндоскопическое лечение продолжительностью не менее 1 года.

Заключение. Механическая желтуха это грозное состояние, требующее незамедлительного разрешения. Комплексный подход и командная работа хирурга, эндоскописта и рентгенхирурга позволит определить наиболее эффективный и оптимальный метод лечения пациентов с данной патологией. ■



Билиарная декомпрессия при неоперабельной опухоли поджелудочной железы.

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ

Шрайнер И.В., врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Микроволновая абляция — это альтернативный высокоэффективный минимально инвазивный метод локального лечения различных онкологических заболеваний, позволяющий лечить опухоли, не прибегая к традиционной инвазивной хирургии или ионизирующей радиации.

Цель. Показать, что развитие МВА применимо при невозможности традиционных хирургических методов лечения (2/3 больных не подлежат хирургическому лечению). Показать преимущества МВА перед остальными возможными методами.

Материалы и методы.

Возможно применение при различных локализациях опухолей: печени, легкого, почки, опухоли костей, щитовидной железы, ротоглотки, молочной железы, поджелудочной железы, желчных протоков, селезенки, надпочечника, матки, предстательной железы.

Основополагающие принципы чрескожной абляции опухолей:

- Установка аппликаторов (1,8 — 2,4 мм.) осуществляется чрескожно, непосредственно в опухолевый узел.
- На всех этапах используется тщательный лучевой контроль.
- Абляция осуществляется с применением того или иного вида энергии.
- Локализация, размеры и форма зоны абляции непосредственно контролируется врачом, выполняющим вмешательство.
- Некротизированная опухоль остается в организме человека in situ.

Виды абляционных методик:

Термические виды деструкции:

- радиочастотная,
- микроволновая,
- криодеструкция,
- лазерная,

- высокоинтенсивный фокусированный ультразвук.

Нетермические виды деструкции:

- необратимая электропорация,
- химическая,
- электрохимический лизис,
- фотодинамическая.

Выводы: Методика микроволновой абляции опухолей доказала свою клиническую эффективность и является неотъемлемой составляющей лечения онкологических больных.

Аппарат микроволновой абляции современного поколения позволяет создавать обширные зоны деструкции опухоли с соблюдением правил абластики.

Контроль осуществляется с помощью различных методик визуализации, доступных в Волынской больнице (УЗИ, КТ, ПДКТ). Это позволяет проводить микроволновую абляцию с высокой эффективностью и минимальным количеством осложнений. ■

РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Клишин И. М., врач-хирург 1 хирургического отделения, к.м.н.,
Шибанова Ю.Л., заведующая 1 хирургического отделения.

По данным Международного агентства по изучению рака при ВОЗ рак поджелудочной железы занимает 13 место в структуре онкологических заболеваний и 4 в структуре смертности от последних. В структуре смертности от онкологических заболеваний в России в 2021 году рак поджелудочной железы составил 6,6% у мужчин и 7,8% у женщин, что соответствует 5-му месту у мужчин, 4-му месту у женщин.

Цель: показать возможности, результаты и необходимость хирургического лечения рака поджелудочной железы при его местнораспространенных формах.

Материалы и методы. Панкреатодуоденальная резекция при местнораспространенном раке головки поджелудочной железы должна выполняться в специализированных лечебных учреждениях. Инвазия в соседние органы, забрюшинную клетчатку и ма-

гистральные сосуды не является противопоказанием к резекции при условии достижения радикализма и R0 краев резекции.

Для диагностики опухолевой инвазии стенки магистральных сосудов необходимо использовать все доступные методы лучевой диагностики, включая УЗИ с дуплексным сканированием сосудов брюшной полости, МСКТ, МРТ с ДВИ, МСКТ-артериография с одномоментной возвратной МСКТ-портографией, МСКТ-перфузия и УЗИ с контрастным усилением.

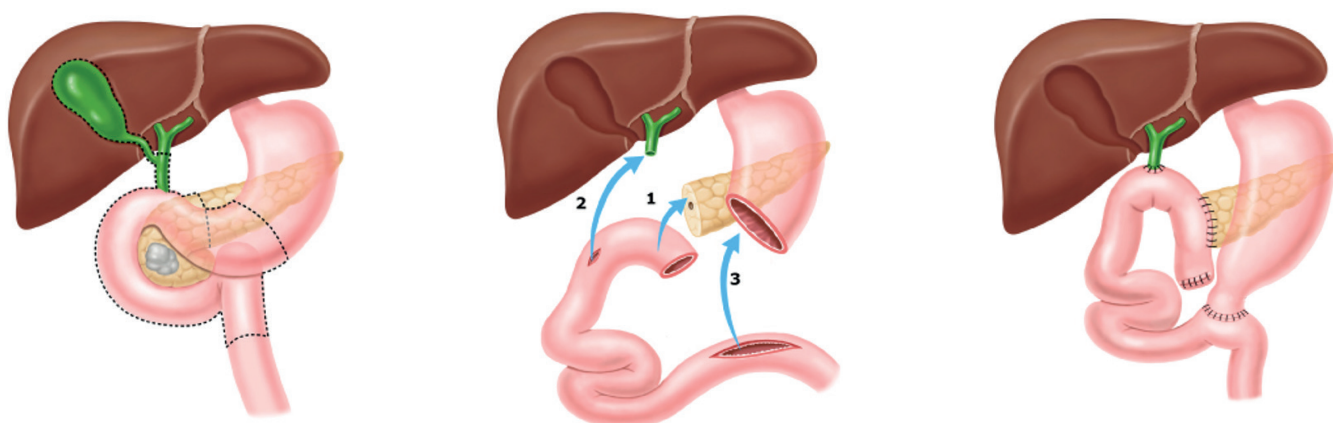
Вовлечение венозной стенки не является противопоказанием к расширенному резекционному вмешательству при местнораспространенном раке поджелудочной железы, и лечебная тактика у данной категории пациентов не должна отличаться от таковой у больных с локализованными формами онкологического процесса.

Пациенты с вовлечением стенки магистральных артерий должны быть подвергнуты неоадьювантной терапии с последующей переоценкой резектабельности.

Адьювантная терапия является обязательным условием выполнения как стандартного, так и расширенного резекционного вмешательства у пациентов с раком поджелудочной железы.

Уровень послеоперационных осложнений после расширенных резекций поджелудочной железы сравним с таковыми после стандартных.

Выводы. Пути улучшения результатов лечения местнораспространенного рака поджелудочной железы связаны с агрессивным хирургическим подходом, совершенствованием методов лекарственного и лучевого воздействия, поисками молекулярно-биологических маркеров, позволяющими планировать таргетную терапию. ■



Панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, реконструкция на одной петле тонкой кишки.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Закарян Н.В., заведующий отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, д.м.н.,
Давтян А.Г., и.о. заведующего отделением, сердечно-сосудистый хирург, врач по рентгенэндоваскулярным
диагностике и лечению,
Молохоев Е.Б., врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, к.м.н.

Одним из грозных осложнений цирроза печени является развитие синдрома портальной гипертензии, характеризующегося повышением давления в системе воротной вены. У 90% больных циррозом печени возникает варикозное расширение вен пищевода, желудка и/или кишечника. В 30% случаев оно осложняется кровотечениями. Несмотря на прогресс в терапии, смертность после первого эпизода кровотечения из варикозных вен пищевода составляет 30-50%.

Материалы и методы. За период с декабря 2014 г. по май 2022 г. в отделении рентгенохирургии Вольнской больницы эндоваскулярные вмешательства по поводу портальной гипертензии были выполнены у 59 пациентов. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет, мужчин было 36 (61,1%), женщин — 23 (38,9%). У 46 (77,9%) пациентов в анамнезе отмечались кровотечения из варикозных вен пищевода (от 1 до 4 эпизодов), еще у 13 (22,1%) вмешательства проводилось по поводу асцита, рефрактерного к медикаментозной терапии. При анализе степени печеночной недостаточности по Чайлд-Пью было отмечено, что класс В наблюдался у 43 (72,9%), класс С — у 4 (6,8%) больных. По данным эзофагогастродуоденоскопии, варикозно расширенные вены пищевода и/или желудка встречались у 52 (88,1%) пациентов. Сопутствующая спленомегалия была выявлена у 50 (84,7%) больных. Из 59 операций, выполнено изолировано или в комбинации: 40 операции TIPS (трансъюгулярного внутри-

печеночного портосистемного шунтирования), 16 эмболизаций селезеночных артерий, 8 чрескожные чреспеченочные эмболизации вен пищевода и желудка, а также 4 операции BRTO (баллон-ассистированной ретроградной эмболизации вен желудка). У 5-ти больных пункция воротной вены при ТИПС выполнена под УЗИ-контролем, позволивший не только улучшить визуализацию при пункции, но и уменьшить время самой операции.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде развилось 1 (2%) серьезное осложнение — у пациента через несколько дней после вмешательства развилось повторное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода; на контрольной УЗДГ была зафиксирована окклюзия стента в результате подострого тромбоза. Этому больному была выполнена чрескожная чреспеченочная эмболизация варикозно расширенных вен пищевода и желудка с помощью спиралей с хорошим клиническим результатом. Также у 4 (6,8%) больных отмечалось усиление степени печеночной энцефалопатии (в связи с наличием работающего шунта); данная проблема была успешно скорректирована с помощью диеты и лекарственной терапии. В отдаленном периоде в сроки от 6 до 20 месяцев полноценно удалось обследовать 38 (64,4%) пациентов. Умерло 4 пациента (все они умерли от повторных кровотечений, не дождавшись трансплантации печени). У оставшихся 55 больных повторных

пищеводных кровотечений отмечено не было. У 3 (5,1%) больных через год после вмешательства вновь начал нарастать асцит. Всем этим 55 больным проводилась контрольная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) стентированных сегментов. По данным УЗДГ, проходимыми оказались 53 (89,8%) стентов. В 1 (1,7%) случае был выявлен субтотальный рестеноз стента, который стал причиной повторного нарастания асцита у вышеуказанной пациентки; больной была выполнена баллонная ангиопластика рестеноза с хорошим результатом. Еще в 1 случае стент был окклюзирован, принято решение выполнить чрескожное рестентирование и эмболизацию вен желудка и пищевода. В очереди на трансплантацию печени на момент обследования стояло 30 (54,5%) из 55 указанных пациентов, остальные отказались от пересадки в связи с отсутствием жалоб. Трансплантация печени была проведена только лишь 4 (7,3%) пациентам с хорошим клиническим результатом.

Заключение. Операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного стентирования (ТИПС) и различные методики эмболизаций вен пищевода и желудка являются эффективными и относительно безопасными методами лечения портальной гипертензии и ее осложнений. Развитие эндоваскулярных технологий, а также улучшение ситуации с трансплантологией в России будет способствовать дальнейшему внедрению этой операции в клиническую практику. ■

ВОЗМОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Пашков Д.И., врач-хирург 1 хирургического отделения.

Диагностические и лечебные пункции под лучевым контролем значительно расширили возможности диагностики хирургических заболеваний органов брюшной полости. Лучевой контроль в лице УЗИ и КТ значительно облегчило решение вопроса о тактике ведения пациентов с жидкостными скоплениями брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материалы и методы. В миниинвазивных методиках, проводимых на базе Волынской больницы для лечения отграниченных жидкостных образований, используется как УЗИ-, так и КТ-наведение.

Современные методы визуализации в совокупности с методиками перкутанного пункционно-дренажного лечения позволяют эффективно справляться как с диагностическими, так и лечебными задачами при лечении пациентов как с патологией панкреатобилиарной зоны, так и при других заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Представлены клинические случаи успешной пункции и дренирования под УЗИ-контролем периаппендикулярного абсцесса. Благодаря КТ-наведению, по методике Сельдингера был успешно параколярный абсцесс,

в полость абсцесса был установлен дренаж PigTail размером 10Fr. Другой клинический случай показывает возможность пункционного лечения отграниченного жидкостного скопления в левом латеральном канале иглой Chiba 18G.

Заключение. Малоинвазивные вмешательства под УЗИ- и КТ-контролем являются достаточно эффективными и безопасными методами диагностики и лечения ряда заболеваний органов брюшной полости и их осложнений. Эффективность данного способа лечения при адекватной санации полости сопоставима с традиционными методами, однако процент осложнений и летальности, по имеющимся данным, значительно меньше.■



УСЛОВНО-РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЕ МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ. КОГДА НЕ НУЖНО ОПЕРИРОВАТЬ

*Подлужный Д.В., врач-онколог 1 хирургического отделения ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, заведующий отделением абдоминальной онкологии №2 НМИЦ онкологии Н.Н. Блохина, к.м.н.
Шибанова Ю.Л., заведующая 1 хирургического отделения.*

Резекционные вмешательства остаются одним из основных методов лечения очаговых заболеваний печени. В спектре показаний к резекции печени доминируют злокачественные новообразования. Резектабельность — возможность удаления данного очагового образования в пределах здоровых тканей с сохранением анатомо-функционального потенциала культи печени, как органа, обладающего системой кровоснабжения и желчеоттока.

Цель: Определение резектабельности метастатических очагов печени. Возможность полного удаления опухоли, R0 резекция как внутри-так и внепеченочных метастазов, сохранение не менее двух смежных сегментов печени, сохранение основных сосудов, питающих оставшиеся сегменты, а также адекватного желчеотведения от них (объем печени, оставшейся после резекции, должен быть не менее 20% от общего объема нормальной паренхимы печени).

Материалы и методы: Хирургическое удаление метастазов — остается по-прежнему наиболее радикальным методом лечения. Радикальная операция при метастазах КРР в печени является общей целью и хирургов, и химиотерапевтов. Важнейший принцип — комбинированное лечение на всех этапах.

На настоящий момент пересмотрены критерии резекционных вмешательств при метастатическом поражении печени: нет ограниче-

ний ни по количеству метастазов ни при билобарном поражении. Возможно удаление внепеченочных метастазов (легкие), допустимы границы резекции менее 1 см. (абляция участков неадекватной резекции). Объем остаточной паренхимы печени можно увеличить за счет предварительной эмболизации пораженной части или выполнения двухэтапной резекции. Возможно выполнять операции при синхронных метастазах, допустимо выполнение резекции при поражении нижней полой вены и печеночных вен с их реконструкцией.

Данные большинства исследователей свидетельствуют: повторные резекции печени по количеству осложнений, послеоперационной летальности и отдаленной выживаемости не отличаются от первично оперированных больных. Резекция печени должна производиться в тот момент, когда опухоль станет

напряжения между электродами с целью создания нанопор в клеточной стенке и инициации апоптоза, что является эффективным средством добиться некроза тканей в зоне метастазов.

Современные схемы неоадьювантной химиотерапии позволяют подготовить и выполнить резекцию печени у 60% пациентов. Резекцию печени необходимо проводить на высоте эффекта от химиотерапии.

При определении резектабельности и возможности оперативного лечения, решение принимается мультидисциплинарной командой. Клиника должна быть оснащена современным оборудованием, хирургическая бригада с достаточным опытом выполнения данных операций. Ко всем пациентам должен осуществляться индивидуальный подход.

Современные схемы неоадьювантной химиотерапии позволяют подготовить и выполнить резекцию печени у 60% пациентов.

технически резектабельной. Решение о возможности выполнения операции должен принимать хирург, а не химиотерапевт.

Внедрение новых методик — необратимый процесс, появление новой возможности повлиять на опухоль. Новый метод абляции мягких тканей, при котором используется нетепловая энергия ультракоротких локализованных электрических полей высокого

Выводы: Лечение диссеминированного колоректального рака — непрерывный процесс, включающий индивидуальное планирование, при котором пациентам обеспечивается максимальная отдача от всех активных препаратов и методов лечения при минимизации нецелевого лечения и токсичности, руководствуясь целью продлить жизнь и улучшить ее качество.■

Лечение заболеваний сетчатки

с применением интравитреальных инъекций ингибиторов ангиогенеза (Anti-VEGF)



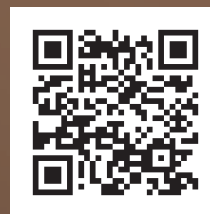
- Возрастная макулярная дегенерация (ВМД)
- Диабетическая ретинопатия
- Патологическая миопия
- Тромбоз центральной ветви сетчатки или ее ветвей

Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза осуществляется, в том числе, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации (ОМС).

Вы можете записаться на обследование и лечение патологии сетчатки, а также проконсультироваться с врачом-офтальмологом по организационным и общим вопросам по телефону:

8 (903) 012-12-01

Понедельник-суббота с 10:00 до 18:00



Подробнее на сайте
volynka.ru/promo/retina



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волинская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволинская, 10

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
@volynka_vestnik