

желчеоттока используются антеградный и ретроградный способы. Каждый из них обладает своими достоинствами и ограничениями.

Цели исследования: Определить место эндоскопического способа билиарной декомпрессии в лечении пациентов с механической желтухой.

Материалы и методы: Определение эффективности и роли эндоскопического стентирования проводилось на основании анализа международных рекомендаций, изучения зарубежной и отечественной литературы, а также собственного опыта. В исследование включены 94 больных, обратившихся в НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с 04.2017 г. по 04.2018 г. Из них: 43 пациента с дистальным билиарным блоком (рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, рак БДС) и 51 пациент с проксимальным билиарным блоком (опухоль Клатскина, метастазы в лимфоузлы ворот печени, рак желчного пузыря).

У этой группы больных выполнено 100 ретроградных вмешательств:

- установка пластикового стента (гепатикохоледох) – 26
- установка металлического стента (гепатикохоледох) – 19
- установка металлического стента (унилатерально) – 5
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билатерально) – 3
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) – 6
- 2 пластиковых стента (билатерально) – 24
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) – 17

С целью предоперационного дренирования выполнялась установка назобилиарных дренажей и пластиковых стентов. При паллиативном вмешательстве в случае ожидаемой продолжительности жизни менее 3–4 месяцев имплантировали пластиковые стенты, в остальных ситуациях стремились к установке металлических стентов. В зависимости от уровня блока, использовали один или несколько стентов.

Результаты: Ретроградное вмешательство предпринято у 94 пациентов со злокачественной билиарной обструкцией. У всех пациентов стентирование выполнено в запланированном объеме. Таким образом, технический успех составил 100%. Клинический успех достигнут у 90 (95,7%) пациентов.

Летальность составила 3,2% (все пациенты с проксимальной злокачественной обструкцией вторичного генеза) и не была связана непосредственно с вмешательством. Смерть наступила от продолжающейся печеночной недостаточности на фоне 4-й стадии онкологического процесса.

Были отмечены следующие осложнения: панкреатит – 1 %, инфекционные – 8,5 %.

Заключение: Эндоскопическое дренирование является эффективным методом восстановления желчеоттока у больных механической желтухой. Успех этого сложного вмешательства предопределяется опытом специалиста, наличием соответствующего оснащения, а также грамотным ведением пациентов до и после процедуры.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ

МАРИНОВА Л.А., ЗУБОВА Н.В.

НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Lmarinova@bk.ru.

Актуальность. Несмотря на значительные достижения медицины последних лет, лечение холангиоцеллюлярного рака по-прежнему представляет серьезные трудности.

На ранней стадии заболевание протекает бессимптомно и в связи с этим редко диагностируется. С течением времени развивается билиарная обструкция, что приводит к клиническим проявлениям, в первую очередь, к механической желтухе.

При невысокой гипербилирубинемии (менее 200 мкмоль/л) и отсутствии данных о сосудистой инвазии или метастазах может быть сразу же предпринята попытка радикального хирургического лечения. В остальных случаях требуется неотложная билиарная декомпрессия. Она может быть выполнена в качестве предоперационной подготовки или окончательного паллиативного дренирования желчных протоков. Для этих целей широко используются антеградный и ретроградный методы. Каждый из них обладает своими достоинствами и ограничениями.

Цели исследования. Изучить возможности эндоскопического метода дренирования желчных протоков при холангиоцеллюлярном раке.

Материалы и методы. С 04.2017 г. по 04.2018 г. в НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского было выполнено 27 эндоскопических вмешательств у 25 больных с холангиокарциномой:

- установка пластикового стента (гепатикохоледох) – 5
- установка металлического стента (гепатикохоледох) – 1
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билатерально) – 3
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) – 6
- 2 пластиковых стента (билатерально) – 10
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) – 2

В исследование включены 6 пациентов с дистальным блоком и 19 пациентов с проксимальным блоком (опухоль Клатскина).

Результаты. Ретроградное вмешательство предпринято у 25 пациентов с холангиокарциномой. У всех пациентов стентирование выполнено в запланированном объеме. Таким образом, технический успех составил 100%. Клинический успех достигнут у 24 (96%) пациентов. Не удалось добиться снижения желтухи у одной пациентки с первичным склерозирующим холангитом, циррозом печени и развившейся на этом фоне холангиокарциномой (больная направлена на трансплантацию печени).

Летальных исходов не было.

Отмечены следующие осложнения: панкреатит легкой степени тяжести – в 1-м случае (4%), холангит легкой и средней степени тяжести – в 2-х случаях (8%).

Заключение. Эндоскопическое стентирование является эффективным методом билиарной декомпрессии при холангиоцеллюлярном раке. Необходим дальнейший анализ результатов лечения для уточнения показаний к различным вариантам ретроградных вмешательств при данном заболевании.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОДНОМОМЕНТНАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ С ПОЛНЫМ УДАЛЕНИЕМ ГРУДИНЫ И РЕЗЕКЦИЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПОЛЯКОВ А.П., РЯБОВ А.Б., ПИКИН О.В., КАРПЕНКО В.Ю., ВОЛЧЕНКО Н.Н., РАТУШНЫЙ М.В., ФИЛЮШИН М.М., РЕБРИКОВА И.В., НИКИФОРОВИЧ П.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский центр радиологии»
nikif1991@gmail.com

Актуальность: В настоящее время отмечается рост числа злокачественных новообразований щитовидной железы и увеличение числа пациентов с отдаленными метастазами, составляя 10% от общего количества больных. Основной локализацией отдаленных метастазов являются легкие и кости скелета, одномоментное поражение отмечается в 16%. Оптимальным вариантом лечения метастатического высококодифференцированного рака щитовидной железы является комбинированная терапия, которая включает в себя: хирургическое лечение, радиоiodтерапию, лучевую терапию или термическую абляцию. Приведен пример клинического наблюдения одномоментной тиреоидэктомии с полным удалением грудины и резекцией передней грудной стенки, выполненной пациенту по поводу метастатического высококодифференцированного рака щитовидной железы, с одномоментным комплексным устранением дефекта грудной стенки. В результате одномоментной реконструкции грудной стенки удалось и обеспечить удовлетворительный функциональный косметический результат, и полную социальную адаптацию пациентки.

Материалы и методы: Больная У. 64 лет с диагнозом рак щитовидной железы IVC cT4N1bM1 (метастазы в легкие, грудь), в августе 2015 года обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена. **Заключение:** КТ-картина метастатических образований в обоих легких (больше справа), опухолевого образования грудной стенки, деструктирующего грудину, с распространением в средостение. **Заключение УЗИ:** эхографическая картина узловых образований щитовидной железы, суспензионные лимфатические узлы шеи справа. При цитологическом исследовании узла щитовидной железы №4196/15П – фолликулярный рак щитовидной железы. При гистологическом исследовании биоптата грудины № 6553/2014 – злокачественное новообразование, нельзя исключить первичную опухоль щитовидной железы. 01.10.2015 г. выполнена операция: тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией, резекция передней грудной

стенки с тотальным удалением грудины и пластикой перемещенным сальниковым лоскутом, титановыми сетчатыми имплантатами.

При плановом гистологическом исследовании операционного материала: № АА 43264–96/оп: узел в левой доле щитовидной железы представлен – высококодифференцированным фолликулярным раком, без инвазии за пределы капсулы железы. В 4 исследованных лимфатических узлах – метастазы фолликулярного рака, без выхода за пределы капсулы узлов. В груди инфильтративный рост фолликулярного рака аналогичного строения с очагами некроза, полным разрушением грудины, врастанием в грудинные концы ребер, прилежащие межреберные мышцы, клетчатку. В краях резекции без опухолевого роста. Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. После получения результатов планового морфологического исследования на консилиуме с участием радиологов и химиотерапевтов рекомендована дальнейшая терапия радиоiodом J 131.

Заключение: Таким образом, данный клинический пример демонстрирует целесообразность активной хирургической тактики при метастатическом высококодифференцированном раке щитовидной железы. Необходим индивидуальный подбор и тщательное планирование хирургического и реконструктивных этапов у данной группы пациентов с целью скорейшего излечения и реабилитации пациентов. Оценка онкологического прогноза является основополагающим моментом при планировании расширенных хирургических вмешательств.

Реконструктивно-пластический этап, обеспечивающий своевременное заживление послеоперационной раны и реабилитацию пациентов, необходимо рассматривать как составляющие успешного проведения комбинированного лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

РОМАНЕНКОВ Н.С., МОВЧАН К.Н., ХИЖА В.В., РУСАКЕВИЧ К.И.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;
СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
Санкт-Петербург
nickrom@inbox.ru

Актуальность. В РФ каждый год диагностируется более 500 тыс. случаев злокачественных новообразований (ЗНО). В структуре онкологической заболеваемости жительниц России рак молочной железы (РМЖ) верифицируется в каждом пятом случае, суммарно превышая 20% клинических наблюдений. В последнее десятилетие количество случаев РМЖ, диагностируемых у жительниц Санкт-Петербурга, при динамическом наблюдении не имеет тенденции к уменьшению. В настоящее время ЗНО молочной железы (МЖ) – одна из наиболее частых опухолей, выявляемых у женщин. Поэтому всестороннее изучение сведений о результатах оказания медицинской помощи