

эндосонографии таит в себе неоправданный риск возможных осложнений и необоснованные материальные затраты.

При наличии неустраняемого консервативными средствами хронического болевого синдрома в верхнем этаже брюшной полости, лечение начинали с выполнения эндоскопического трансгастрального нейролизиса чревного сплетения. У больных с поражением тела и хвоста поджелудочной железы ( $n=21$ ), головки этого органа без развития панкреатической гипертензии ( $n=32$ ) эта малоинвазивная операция была эффективной во всех случаях — удалось добиться снижения интенсивности болевого синдрома до 1–3 баллов ВАШ. В случае поражения головки поджелудочной железы с развитием панкреатической гипертензии ( $n=15$ ), трансгастральный нейролизис, выполненный в изолированном варианте, позволил снизить интенсивность болевого синдрома до 5–6 баллов, и только стентирование панкреатического протока, или ЭУС-контролируемое формирование (в 5 случаях) панкреатикодигестивного анастомоза позволили редуцировать интенсивность боли до уровня 1–3 баллов ВАШ. У всех охарактеризованных выше пациентов удалось отказаться от применения наркотических анальгетиков и существенно снизить потребность в ненаркотических обезболивающих препаратах.

У 6-ти пациентов с кровотечением из ВРВ дна желудка в анамнезе была успешно выполнена эмболизация вен под контролем эндосонографии с использованием Coils и клеевых композиций. В ходе вмешательства отмечено быстрое развитие тромбоза варикозных вен с полным прекращением кровотока по ним. Осложнений не было.

**Выводы.**

— При механической желтухе опухолевого генеза интервенционные эндоскопические вмешательства под контролем эндосонографии позволяют выполнить внутреннее желчеотведение практически в любой анатомической ситуации.

— Эндоскопический трансгастральный нейролизис чревного сплетения является эффективным способом устранения болевого синдрома при опухолях ОПБЗ. При наличии панкреатической гипертензии — выполнение декompрессии панкреатического протока дает наилучшие результаты.

— Эндоскопическая эмболизация ВРВ желудка позволяет вызвать их окклюзию и свести к минимуму риск возможного рецидива кровотечения.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕМЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**СИГУА Б.В., ПЕТРОВ С.В., ГУБКОВ И.И., ДАНИЛОВ А.М., ЗАХАРОВ Е.А.,  
САХНО Д.С.**

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;  
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»  
room-534@mai.ru

Актуальность и цели. Рак желудка — одно из самых распространенных злокачественных новообразований.

Порядка 75% больных поступают в специализированные учреждения в запущенных (III–IV) стадиях онкологического процесса. В 40% случаев рак желудка имеет осложненное течение.

В период с 1996 по 2015 г. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 142 пациента с раком желудка, осложненным кровотечением. Все пациенты разделены на две группы: I группа — пациенты, находившиеся на лечении с 1996 по 2006 г. — 72 человека; во II группу вошли пациенты, лечившиеся с 2007 по 2015 гг. — 70 человек. При лечении пациентов II группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, учитывающая степень эндоскопического гемостаза, тяжесть кровопотери и состояние пациента. Основным показанием к экстренным операциям в I группе было: продолжающееся кровотечение, неэффективность эндоскопического гемостаза и рецидив кровотечения в стационаре, во II группе — также определяли риск рецидива кровотечения — при высоком риске пациенты оперировались в срочном порядке. Кроме того, во II группе использовался комбинированный эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции и гемостатической системы ЭндоКлот.

**Результаты.** В структуре осложнений рака желудка кровотечение отмечено в 76,3% (55) случаев в I группе и 82,9% (58) во II группе. У некоторых пациентов наблюдалось сочетание осложнений. По стадиям онкологического процесса больные распределились следующим образом: I–II стадия у 20,8% (15) и 21,4% (15) пациентов в I и во II группах соответственно; III стадия у 28 (38,9%) человек в I группе и 27 (38,6%) во II; а IV стадия у 29 (40,3%) больных в I группе и 32 (45,7%) пациентов во II группе. Следует отметить, что было прооперировано 48 (66,7%) пациентов в I группе и 40 (57,1%) во II группе, консервативно пролечено 24 (33,3%) и 30 (42,9%) пациента в I и II группах соответственно.

Структура хирургических вмешательств: гастрэктомия выполнена у 29,2% (14) пациентов I группы и в 37,5% (15) случаев во II группе, субтотальная резекция желудка 12 (25%) в I группе и 20 (50%) во II группе, симптоматические операции в 7 (14,6%) случаях в I группе и 3 (7,5%) во II группе, гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы у 1 (2,1%) пациента I группы и в 2 (5,0%) случаях во II группе; только в I группе были выполнены: резекция 2/3 желудка 10 (20,8%), экстирпация культи желудка 3 (6,2%) и резекция кардии в 1 (2,1%) случае.

Экстренно был прооперирован 31 (64,6%) пациент в I группе и 11 (27,5%) во II группе. Установлено, что при экстренных операциях частота R1 резекций в I группе составила 40,7–45,5% и 44,4% во II группе. При срочных операциях — 33,3% (1) и 7,1% (4). В целом частота R1 резекций составила в I группе 41,5% и 16,2% во II группе ( $p<0,05$ ).

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 45,8% (22) случаев среди пациентов I группы и у 9 (22,5%) больных во II группе ( $p<0,05$ ).

Структура осложнений: пневмония у 8 пациентов (16,6%) I группы и у 3 (7,5%) во II группе, эмпиема плевры у 1 (2,1%) пациента I группы, несостоятельности анастомозов у 13 (27,1%) и 5 (12,5%) пациентов I и II групп соответственно. Во второй группе был отмечен 1 (2,5%) случай панкреатического свища.

Послеоперационная летальность составила 35,4% (17) в I группе, а во II группе 5,0% (2) ( $p < 0,001$ ). Основными причинами в I группе были пневмония – 6 (8,3%) случаев, тяжелая кровопотеря у 5 (6,9%) пациентов, несостоятельность анастомоза у 4 (5,6%) пациентов и интоксикация у 2 (2,8%) больных. Во II группе летальные исходы были обусловлены только тяжестью кровопотери – 2 случая.

Заключение. Предложенный подход к лечению пациентов с желудочными кровотечениями опухолевого генеза позволяет достоверно снизить частоту: R1 резекций с 41,5 до 16,2%, осложнений в 2 раза, а также уровень летальности в 7 раз.

### ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОРТАНИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ РАКА (T1 – 2N0M0) С ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКОЙ

СУГАИПОВ А.Л., ПОЛЯКОВ А.П., РАТУШНЫЙ М.В., МАТОРИН О.В., РЕБРИКОВА И.В., ФИЛЮШИН М.М., НИКИФОРОВИЧ П.А., МОРДОВСКИЙ А.В.

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии», Москва  
2129595@bk.ru

Цель и задачи. Основным методом контроля за радикальностью эндоларингеальных резекций при ранних формах рака гортани остается мультифокальное морфологическое исследование краев резекции удаленного препарата. Адекватное предоперационное планирование границ резекции опухоли дает возможность обеспечить радикализм операций.

Основной целью данного исследования является улучшение результатов хирургического лечения ранних форм рака гортани.

Основной задачей является улучшение показателей безрецидивной выживаемости после эндоларингеальных методов хирургического лечения больных с ранними формами рака гортани.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2018 годы в клинике пролечено 50 пациентов с ранним раком гортани. Мужчин было 42 (84%), женщин – 8 (16). Возраст пациентов колебался от 39 до 80 лет, средний возраст составил 60 лет. Основная локализация опухоли – голосовые и вестибулярные складки. При плановом морфологическом исследовании саггипота in situ диагностирована у 5 (10%). У 45 (90%) – плоскоклеточный рак. По локализации и характеру проведенного лечения все клинические наблюдения разделены на 3 группы: I группа – 17 (34%) – пациенты с первичным ранним раком гортани, которым

проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции с РЧА. II группа – 18 (36%) – пациенты с продолженным ростом опухоли или рецидивом заболевания после других методов лечения (ЛТ, ХЛТ, эндоскопические методы лечения). III группа – 15 (30%) – пациенты с первичным ранним раком гортани, которым проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой.

15 больным выполнены эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой, планированием границ резекции. Контрольную группу составили 35 пациентов (I-II группа), которым выполнены эндоларингеальные резекции гортани с радиочастотной абляцией, без проведения фотодинамической диагностики.

Метод фотодинамической диагностики заключается в том, что пациенту за два часа до исследования внутрь вводится в рег ос препарат отечественного производства Аласенс (5 -АЛК) в дозе 30 мг/ кг массы тела. Далее проводится видеофибрларингоскопия с флуоресцентной диагностикой, при которой выявляется «свечение» опухоли, связанное с поглощением введенного препарата. При обследовании с применением фотодинамической диагностики была уточнена распространенность опухолевого процесса в сторону ее увеличения, при сравнении с осмотром без фотодинамической диагностики, что позволило на предоперационном этапе планировать объем предполагаемого хирургического вмешательства и выполнить операцию в объеме R0.

Результаты. В III группе больных (15 пациентов) у 93,75% (14) пациентов после выполнения фотодинамической диагностики выявлено свечение опухоли. У 12 (85%) выявлена распространенность опухоли в сторону ее увеличения, при сравнении с исследованием в белом свете, что позволило адекватно оценить границы опухоли и выполнить операцию в объеме R0. У 1 (6%) пациента при плановом морфологическом исследовании выявлен положительный край резекции (R1).

Эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной флуоресцентной диагностикой показывают существенные преимущества данного подхода, позволяя выполнять адекватный объем хирургического лечения.

По данным наблюдения пролеченных у нас в институте пациентов с ранними формами рака гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой, у 2 пациентов выявлен продолженный рост опухоли через 4 и 5 месяцев после проведенного хирургического лечения. В контрольной группе у 5 пациентов выявлен рецидив опухоли в сроки до 5 лет.

Выводы. На сегодняшний день наиболее адекватным хирургическим методом лечения при ранних формах рака гортани остается эндоларингеальная резекция гортани. Проведение предоперационной фотодинамической диагностики позволяет улучшить показатели данного метода лечения, позволяя на предоперационном этапе выявлять истинные границы опухоли, которые расходятся с показателями в белом свете.