

Чернышов Т.М., Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Коротков С.В., Руммо О.О.,
Щерба А.Е.

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии
и гематологии, Минск, Беларусь

ПРИМЕНЕНИЕ СОСУДИСТЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Актуальность. Холангиокарцинома (периферическая, воротная, дистальная) составляет около 2% от всех злокачественных образований, однако занимает особое положение в онкогепатологии вследствие чрезвычайно неудовлетворительных результатов лечения, обусловленных высокой частотой прогрессирования заболевания (68–76%) и низкой долгосрочной выживаемостью (5-летняя – 6–24%). Единственным эффективным методом лечения является хирургический, при обеспечении отсутствии положительного края резекции (R0) и условии N0. Достижению этой цели служит использование сосудистых резекций/реконструкций с применением трансплантационных технологий и сосудистых аллографтов.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с холангиокарциномой путем применения различных вариантов сосудистых резекций/реконструкций.

Методы исследования. В период с 2014 по март 2023 г. на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска выполнено 153 операции по поводу холангиокарциномы. Из них 76 (49,7%) резекций печени по поводу периферической, 52 (34%) по поводу воротной, 25 (16,3%) панкреатодуоденальных резекций по поводу дистальной холангиокарциномы. С использованием сосудистых резекций выполнено 82 (53,5%) операции. Венозные резекции применялись в 100% случаев (воротной вены (ВВ) – 66,6%, нижней полой вены (НПВ) – 18,9%, правая ветвь ВВ – 18,5%, левая ветвь ВВ – 14,9%), артериальные – 9,2% (n=14) (общей печеночной артерии (ОПА) – 7 (50%), правой печеночной артерии (правой ПА) – 7 (50%)). В 21 (13,7%) случае венозной реконструкции использовались донорские сосудистые аллографты (ВВ – 10 (47,6%), НПВ – 11 (52,4%)). Оценка резектабельности включала стадирование и анализ риска проксимального, радиального и дистального края отсечения по данным МСКТА и МРТ+МРХПГ. Преабилитация пациентов состояла из

разрешения обструктивного холестаза (чрескожно и эндобилиарно), оценки и коррекции функционального дефицита и слабости, выявления и попытки терапии карбапенем-резистентных бактерий.

Результаты и их обсуждение. Получение R0 края после резекций достигнуто в 87,3% (n=62) у пациентов без проведенных резекций сосудов. В группе с их использованием R0 – 92,6% (n=76). После выполненных резекций с сосудистыми резекциями/реконструкциями наблюдались следующие осложнения: несостоятельность билиарного анастомоза – 18,2% (n=15), лимфорей – 13,4% (n=11), аррозивное кровотечение из ОПА – 4,8% (n=4), несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза – 7,3% (n=6), тромбоз ВВ – 3,65% (n=3), тромбоз НПВ – 1,2% (n=1), кровотечение из НПВ – 1,2% (n=1). Релапаротомии потребовались в 11 (13,4%) случаях. Профиль осложнений в группе пациентов без резекции сосудов включал: несостоятельность билиарного анастомоза – 19,7% (n=14), лимфорей – 19,7% (n=14), несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза – 4,2% (n=3), кровотечение из ОПА – 1,4% (n=1), тромбоз ВВ – 1,4% (n=1), мезентериальный тромбоз – 1,4% (n=1). Релапаротомии потребовались в 15 (21%) случаях. Периперационная летальность в группе пациентов с сосудистыми резекциями составила 6 случаев (7,3%), в группе без проведенных резекций сосудов – 4 (5,6%). Общая медиана выживаемости составила 26 месяцев в группе пациентов без проведенных сосудистых резекций, в группе с резекциями сосудов – 23 месяца.

Черняк Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Актуальность. Несмотря на достигнутые значительные успехи в хирургии, обусловленные улучшением диагностики, большим количеством методов лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, современные подходы