

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗОВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Карпова Р.А.

Научный руководитель: д. м. н., проф. Павелец К.В., к. м. н. Антипова М.В.,
к. м. н. Русанов Д.С.

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: рак пищевода находится на 6 месте среди показателей онкологической смертности с индексом агрессивности 0,87 [1; 2]. Основным клиническим проявлением опухолевого поражения верхних отделов ЖКТ является дисфагия, а восстановление энтерального питания — главная задача у данной категории больных [3].

Цель исследования: оценить эффективность применения эндоскопической фотодинамической терапии в лечении стриктур пищевода опухолевого генеза.

Материалы и методы: Представлен опыт эндоскопической реканализации опухолей пищевода у 30 пациентов. Основная группа-11 (36,6%), которым была выполнена резекция пищевода с внутригрудной эзофагопластикой, у всех диагностирован рецидив заболевания. Контрольная группа-19 (63,4%), которым выполнялась АПК- реканализация опухоли.

Результаты: реканализация опухолевого стеноза в основной группе осуществлялась методом внутриспросветной ФДТ аппаратом Латус после фотосенсибилизации препаратом «Радахлорин» в дозе 1,5 мг/кг за 180 минут до облучения. При проведении сеансов ФДТ и АПК-реканализации пищевода в 100% случаев удалось достичь купирования дисфагии. Медиана выживаемости 11 мес у пациентов основной и 6 мес в контрольной группе. Среднее количество сеансов составили $4,23 \pm 0,8$ при ФДТ и $8,25 \pm 1,7$ при АПК за весь период лечения. Средний безрецидивный период дисфагии при ФДТ 3,59 недель, при АПК-реканализации 1,97 недель.

Выводы: внутриспросветная фотодинамическая терапия является безопасным и эффективным методом купирования дисфагии при раке пищевода и ПЖП и на более длительное время позволяет обеспечить энтеральное питание пациентам.

Литература

1. WHO International Agency for Research on Cancer, 2012.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В. и др. Злокачественные новообразования в России в 2016 году.
3. Дробязгин Е.А. Ошибки и осложнения стентирования пищевода и пищеводных анастомозов / Дробязгин Е.А. и [др.] // Вестник ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». 2016. № 2. С. 99–102.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПАХОВО-МОШОНОЧНОГО ДОСТУПА КАК КОСМЕТИЧНЫЙ ВАРИАНТ ОПЕРАЦИИ МАРМАРА

Колыгина Е.В.

Научный руководитель: к. м. н. Будылев С.А., к. м. н. Селиванов А.Н.

Городская клиническая больница № 31

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: частота варикоцеле среди мужчин по различным данным достигает 30% [1]. Методикой выбора лечения варикоцеле признана операция Мармара, при которой произ-

водится доступ в проекции наружного отверстия пахового канала [2, 3]. Однако после применения данного доступа у пациентов остается видимый косметический дефект.

Цель исследования: оценка результатов разработанного нами косметического доступа при выполнении операции по Мармару, оценка полученных результатов в сравнении с классическим доступом.

Материалы и методы: выполнено 38 операций при варикоцеле у мужчин в возрасте 20–40 лет. 18 операций выполнено классическим доступом по Мармару, 20 операций — с помощью модифицированного доступа по пахово-мошоночной складке. Для оценки субъективного восприятия пациентами послеоперационного рубца использован опросник.

Результаты: все операции выполнялись под внутривенной анестезией, средняя длительность операций составила 28 минут, средняя длительность госпитализации в обеих группах — 4 койко-дня. В течение шести месяцев наблюдения после операций как с применением классического доступа, так и с применением разработанного нами модифицированного доступа, рецидивы у прооперированных пациентов отмечены не были. Кроме того, у пациентов, прооперированных с применением косметического доступа по пахово-мошоночной складке, наблюдалось отсутствие грубых рубцовых изменений в области оперативного вмешательства. По результатам разработанного нами опросника в группе пациентов, прооперированных с помощью модифицированного доступа, отмечается большая удовлетворенность состоянием и расположением послеоперационного дефекта, чем в группе пациентов, прооперированных с использованием классического доступа.

Выводы: хирургическое лечение варикоцеле по методике Мармара с применением модифицированного пахово-мошоночного доступа является простым и надежным способом оперативного лечения варикоцеле. По сравнению с существующими хирургическими доступами, при предложенном нами доступе отмечено существенное уменьшение косметического дефекта в области оперативного вмешательства без снижения эффекта операции.

Литература

1. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Эотар-Медиа, 2007. 368 с.
2. Клинические рекомендации ЕАУ от 2017 года;
3. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Диагностика и лечение варикоцеле. М.: 2001. 169 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕАНАСТОМОТИЧЕСКИХ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Листунов К.О., Кохан О.А.

Научный руководитель: д. м. н., доцент Щерба А.Е.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: трансплантация печени является единственным эффективным способом лечения пациентов с заболеваниями печени в терминальной стадии [1]. Несмотря на развитие трансплантационных технологий, увеличение количества трансплантаций, проблема посттрансплантационных билиарных осложнений актуальна в настоящее время [2].

Цель исследования: определить факторы риска развития неанастомотических билиарных стриктур после трансплантации печени.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели исследованы данные 528 пациентов, трансплантация печени которым была выполнена с апреля 2008 по февраль 2018 года в условиях УЗ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Результаты: результаты проведенных нами исследований позволили установить, что артериальные осложнения являются фактором, определяющим вероятность возникновения билиарных осложнений, в частности, неанастомотических стриктур ($p=0,0003$); определить,