

Радиочастотная абляция (рча) опухолей печени

Каменских Е. Д., Мугатаров И. Н., Заривчакский М. Ф.
ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь

Цель исследования. Оценка непосредственных и ближайших результатов проведения РЧА злокачественных опухолей печени.

Материалы и методы. В 2009–2015 гг. РЧА выполнено 75 больным со злокачественными опухолями печени. Средний возраст пациентов — $63,6 \pm 7,1$ лет. Применяли аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System интраоперационно или чрескожно. Медиана наблюдения — 9,5 мес (1–27 мес).

Результаты. В первые 3 суток после РЧА у 24 больных зарегистрирован подъем температуры тела до 38°C , все пациенты отмечали умеренную болезненность в правом подреберье. В раннем послеоперационном периоде отмечено повышение уровней АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы в среднем в течение 7 суток. При контрольном УЗИ брюшной полости на 3, 7, 30 дни после РЧА, зафиксировано уменьшение размеров опухолей печени, отсутствие в них кровотока, границы поражений становились более четкими и определенными. Через 12 мес. при контрольной КТ роста очагов, подвергнутых

РЧА, не было. 17 пациентам проведены повторные сеансы РЧА через 3–11 мес. в связи с большими размерами первичного очага или вновь выявленными метастазами печени. Одногодичная кумулятивная выживаемость составила $88,2 \pm 7,9\%$, двухлетняя — $68,0 \pm 14,1\%$. В 1 случае после РЧА сформировался абсцесс печени с последующим его прорывом в поддиафрагмальное пространство справа (дренирован по А. В. Мельникову), в 1 случае — интрапаренхиматозная гематома (дренирована чрескожно на 14 сутки), в 2 случаях — экссудативный плеврит.

Выводы. РЧА — оптимальный метод лечения пациентов с нерезектабельными злокачественными опухолями печени. Он не оказывает негативного воздействия на организм, а также не влияет на другие, непораженные сегменты печени. РЧА хорошо переносится больными, имеет малую частоту осложнений и позволяет увеличить, при соблюдении показаний, продолжительность жизни пациентов.

Radiofrequency ablation (RFA) liver tumors

Kamenskih ED, Mugatarov IN, Zarivchatsky MF
Medical University PGMU n.a. ak. E.A Wagner of Ministry of Public Health

The aim: to estimate the direct and immediate result of the RFA of malignant liver tumors.

Materials and methods. In 2009–2015. RFA performed in 75 patients with malignant tumors of the liver. The average age of patients — $63,6 \pm 7,1$ years. Use the device Radionics Cool-Tip® Ablation System intraoperatively or percutaneously. Median follow — 9.5 months (1–27 months).

Results. In the first 3 days after RFA in 24 patients registered with the rise in body temperature up to 38°C . All patients reported mild tenderness in the right upper quadrant. In the early postoperative period was an increase in ALT, AST, alkaline phosphatase for an average of 7 days. In the control abdominal ultrasound at 3, 7, 30 days after RFA, recorded a decrease in the size of liver tumors, their lack of blood flow, the boundary lesions became more clear and

specific. After 12 months at CT control growth foci subjected RFA it was not. 17 patients underwent repeated sessions of RFA through 3–11 months due to the large size of the primary tumor or newly revealed liver metastases. One-year cumulative survival rate was $88,2 \pm 7,9\%$, two-year — $68,0 \pm 14,1\%$. In one case, after RFA liver abscess has formed, followed by a breakthrough in the right subphrenic space (drained by AV Melnikov), in 1 case — intraparenchymal hematoma (drained percutaneously in 14 days), in 2 cases — pleural effusion.

Conclusions. RFA — optimal treatment of patients with unresectable liver cancer. It has no negative effects on the body, and does not affect the other, unaffected segments of the liver. RFA is well tolerated, has a low rate of complications and can increase, subject to evidence, the life expectancy of patients.

ЖКБ и липидный дистресс-синдром у больных сахарным диабетом

Каменских Я. А., Терещенко И. В., Каюшев П. Е.
ГБОУ ВПО «ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Цель. Проанализировать особенности липидного дистресс-синдрома (ЛДС) при ЖКБ, при СД2 и при сочетании ЖКБ с СД2; оценить возможности профилактики и лечения ЛДС у таких больных.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов, из них 16 — с ЖКБ, 28 — с СД2, 46 — с сочетанием СД2 и ЖКБ. Анализировали состояние липидного, углеводного обмена, результаты УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Пациенты сопоставимы по возрасту (средний возраст $59,8 \pm 8,8$ лет), ИМТ (средний ИМТ

$33,9 \pm 2,8$ кг/м²), состоянию углеводного обмена (HbA_{1c} при СД2 $9,98 \pm 2,06\%$, при ЖКБ не превышал норму). Стойкая дислипидемия выявлена в 100% случаев. У больных СД2 оказался III тип дислипидемии, при ЖКБ — IIa. Достоверных отличий в липидограмме при сочетанной патологии и изолированном СД2 не было. У 30 больных с сочетанной патологией ЖКБ в течение 1–23 лет предшествовала развитию СД. Очевидно, у этих больных, и у больных ЖКБ без СД2 ЛДС возник в из-за нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот;