

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Д.А. Валишин<sup>1</sup>, Р.Т. Мурзабаева<sup>1</sup>, А.П. Мамон<sup>1</sup>, М.А. Мамон<sup>1</sup>,  
Л.В. Арсланова<sup>1</sup>, Ж.М. Калиева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

**Валишин Дамир Асхатович** – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Мурзабаева Расима Тимерьяровна** – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Мамон Андрей Петрович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Мамон Марина Андреевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Арсланова Лира Валерьевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Калиева Жаннет Магаруфовна** – клинический ординатор кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Представлен анализ амбулаторных и стационарных медицинских карт больных, доставленных в инфекционную клиническую больницу № 4 г. Уфы с подозрением на острые кишечные инфекции и переведенных после клиничко-лабораторного обследования либо из приемного отделения по экстренным показаниям, либо из кишечного-диагностического отделения после установления непрофильного характера заболевания в другие стационары. Выделены наиболее информативные клинические симптомы и анамнестические данные при дифференциальной диагностике острых кишечных инфекций с острой хирургической патологией органов брюшной полости (острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, холециститом и желчнокаменной болезнью, ущемленной грыжей, дивертикулярной болезнью, перитонитом, панкреонекрозом), с опухолями кишечника и тромбозом мезентериальных сосудов. При дифференциальной диагностике большого круга непрофильных заболеваний были использованы результаты дополнительных исследований: общего анализа крови и мочи, копроцитогаммы, бактериологического и иммуноферментного анализов испражнений и рвотных масс на патогенные и условно-патогенные энтеробактерии, ротавирусы, а также данные УЗИ и рентгенографии органов брюшной полости, ректороманоскопии.

**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, дифференциальная диагностика, осложнения, хирургия, брюшная полость.

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS OF SURGICAL AND ONCOLOGICAL DISEASES

**Damir A. Valishin<sup>1</sup>, Rasima T. Murzabayeva<sup>1</sup>, Andrey P. Mamon<sup>1</sup>, Marina A. Mamon<sup>1</sup>,  
Lira V. Arslanova<sup>1</sup>, Jeannet M. Kaliyeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Valishin Damir Askhatovich** – MD, Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Murzabaeva Rasima Timeraynovna** – MD, Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Mamon Andrey Petrovich** – PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Mamon Marina Andreevna** – PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Arslanova Lira Valerevna** – PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

**Kalieva Jeannet Magarufovna** – Clinical Resident, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

*Presents an analysis of outpatient and inpatient medical records of patients delivered in infectious hospital № 4 of Ufa with suspected acute intestinal infection and transferred after clinical laboratory examination or from admissions for emergency indications, either from the intestinal-diagnostic unit after the establishment of the non-core nature of the disease in other hospitals. The most informative clinical symptoms and of anamnestic data in the differential diagnosis of acute intestinal infections, acute surgical diseases of abdominal organs (acute appendicitis, intestinal obstruction, cholecystitis and cholelithiasis, incarcerated hernia, diverticular disease, peritonitis, pancreatic necrosis), tumors of the intestine and thrombosis of the mesenteric vessels. In the differential diagnosis of a large circle of non-core diseases were used the results of additional research: the General analysis of blood and urine, capriform, bacteriological and enzyme immunoassay of faeces and vomit on pathogenic and conditionally pathogenic enterobacteria, rotaviruses, as well as the ultrasound and radiography of the abdomen, sigmoidoscopy.*

**Keywords:** acute intestinal infections, differential diagnosis, complications, surgery, peritoneum.

## ВВЕДЕНИЕ

Удельный вес инфекционных заболеваний, встречающихся в практике врачей разных специальностей, неуклонно возрастает [1,2]. Ведущее место в инфекционной патологии продолжают занимать острые кишечные инфекции (ОКИ). Отличаются ОКИ полиморфизмом клинической картины и полиэтиологичностью, что обуславливает практическую важность диагностики [2,3,4]. Нередкими являются ошибки в диагностике ОКИ, под маской которых могут протекать заболевания хирургического, гинекологического, терапевтического и другого профиля [4,5,6,7,8,9].

**Цель** нашего исследования показать практическую значимость дифференциальной диагностики ОКИ. Многолетний опыт работы в кишечно-диагностическом отделении инфекционной больницы позволяет нам выделить ряд ошибок в диагностике ОКИ на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи больным. Чаще всего дифференциальная диагностика ОКИ проводится с хирургическими заболеваниями, такими как острый аппендицит, кишечная непроходимость, ущемленная паховая и бедренная грыжи, панкреонекроз, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечное кровотечение, опухоль кишечника [6,8,9,10].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Медицинские карты больных, находившихся на стационарном лечении в кишечно-диагностических отделениях инфекционной больницы № 4 с 2004 по 2016гг. Больным проводились общеклини-

ческие методы исследования (общий анализ крови и мочи), биохимические анализы (печеночные, почечные пробы, электролиты, коагулограмма), бактериоскопические и бактериологические, серологические анализы, копроцитограмма, реакция непрямой гемагглютинации, полимеразная цепная реакция (ПЦР), а также при необходимости инструментальные исследования (УЗИ, рентгенологические) [3,10,11,12]. При сомнительных случаях больные консультированы хирургом, гинекологом, кардиологом. Использовались отчетные данные клинической больницы. К примеру, только за 2016 год пролечено 2786 больных в возрасте от 2 до 72 лет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пролеченных больных ОКИ сальмонеллез установлен у 155 лиц мужского пола и 173 – женского; шигеллез *Shigella flexneri* 43 и 63, *Shigella sonnei* у 21 и 27 соответственно; энтеропатогенные кишечные палочки (эшерихиозы) у 119 и 114; энтероинвазивные эшерихиозы у 3 и 5; другие уточненные бактериальные кишечные инфекции у 1512 и 1536 лиц, иерсиниозы у 9 и 8; ротавирусные гастроэнтериты у 305 и 321; гастроэнтериты Норволк у 160 и 199; диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения у 205 и 306, другие гастроэнтериты и колиты неуточненной этиологии у 318 и 600 пациентов соответственно. Среди пациентов с сальмонеллезами взрослые составили 52,4%, а дети - 47,6%; с шигеллезами (*Shigella flexneri*) взрослых было меньше - 22,2%, детей значительно больше - 77,8%, также с *Shigella sonnei* доля взрос-

лых - 27,2%, детей - 72,9%. Эшерихиозы, вызванные энтеропатогенными кишечными палочками, чаще регистрировались у детей - 87,5%, реже у взрослых - 12,45%, энтероинвазивные эшерихиозы - только у детей (100%).

Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляются диспепсией, рвотой, диареей, болями в животе различной локализации, характерными для ОКИ, и определяют основные их проявления. У большинства больных ОКИ диарея является ведущей и служит поводом для обращения к врачу. Известно четыре типа диареи:

1. Секреторная, в основе которой усиление секреции натрия и воды в просвет кишки, что отмечается при холере, ротавирусном гастроэнтерите. Испражнения носят водянистый характер и обильные по объему.

2. Энтероэксудативная обусловлена выделением слизи и пропотеванием плазмы крови и сывороточных белков в просвет кишки. Характерна для шигеллеза, сальмонеллеза, а также при язвенном колите, болезни Крона, лимфоме и карциноме кишечника. Это воспалительная диарея. Фекалии жидкие с примесью слизи, крови и гноя.

3. Гиперосмолярная возникает при некоторых диарейных инфекциях из-за нарушения всасывания в тонкой кишке. Наблюдается при синдроме мальабсорбции, нарушении обменных процессов, злоупотреблении солевыми слабительными. Фекалии у больных обильные, жидкие с примесью непереваренной пищи.

4. Гипер- и гипокинетическая диарея возникает при нарушении транзита содержимого кишечника, обусловленного повышением или понижением моторики кишки. Наблюдают ее при синдроме раздраженного кишечника, неврозах и злоупотреблениях слабительными и антацидами. Фекалии у больных жидкие или кашицеобразные, необильные.

**Обезвоживание** – важный синдром, развивающийся вследствие поражения ЖКТ при диарейных инфекциях, обусловлен потерей жидкости с рвотой и поносом. Синдром обезвоживания часто приводит к метаболическому ацидозу, иногда возможен метаболический алкалоз при преобладании рвоты [1,12].

Согласно классификации В.И. Покровского, при ОКИ различают четыре степени дегидратации: I степень – потеря жидкости до 3% массы тела; II степень 4-6%; III степень 7-9%, IV степень – 10% и более. Соответственно, рвота у больных от 5 до 20 и более раз, стул жидкий от 10 до без счета.

На догоспитальном этапе больные не сразу обращаются к врачу. А в ряде случаев имеет место недооценка врачом ранних симптомов хирургических заболеваний и неиспользование всех диагностических приемов. Для хирургической патологии ведущей жалобой являются боли в животе, нарастающий их характер, в последующем присоединяется рвота, повышается температура тела. Расстройство стула в виде диареи встречается реже, и частота его составляет 2-3-5 раз в сутки. Впоследствии с повышением температуры тела появляются перитонеальные знаки. С целью анализа ошибок диагности-

ки хирургических заболеваний, протекающих под маской ОКИ, нами проанализировано 30 медицинских карт больных, поступивших в инфекционную больницу с подозрением на пищевую токсикоинфекцию, сальмонеллез, шигеллез, острый гастроэнтерит в разные годы (2004-2016 гг.). Больные в возрасте от 4 до 72 лет. В ходе динамического наблюдения были установлены - у 12 больных острый аппендицит, желчнокаменная болезнь, холецистит у 3-х, острый панкреатит у 3-х, кишечная непроходимость у 2-х, ущемление бедренной и паховой грыж у 2-х, дивертикулярная болезнь, дивертикулит с перфорацией и развитием перитонита у 2-х, опухоль кишечника у 2-х, кишечное кровотечение у 2-х, панкреонекроз у одной больной, абдоминальная форма инфаркта миокарда у одной больной. Как видно из анализа, чаще встречаются ошибки в диагностике аппендицита [6,9]. До поступления в инфекционную больницу при сомнительных диагнозах больные были консультированы хирургом. Клинический материал показывает, что наряду с инфекционными диагнозами поступали больные с другими заболеваниями. Инфекционный процесс может осложниться внутрибрюшинными поражениями, связанными с воспалительным процессом прилегающих к очагу инфекции органов и тканей, вызванным вторичной микрофлорой (бактериальной или вирусной). Последнее время имеет место тенденция роста стертых, атипичных, затяжных форм инфекционных заболеваний, смешанных инфекций. Особую трудность представляет диагностика осложнений, возникших на фоне инфекционных заболеваний. Некоторая общность клинической симптоматики ОКИ создает большую трудность в диагностике нозологических форм. Предварительно можно лишь заподозрить острое кишечное заболевание. Окончательный же диагноз подтверждается дополнительными методами исследования [1,2,3,10]. Очень важно знать врачам особенности ОКЗ на современном этапе, учитывать возраст больных (дети, пожилые лица). При аппендиците вначале боль локализуется в эпигастрии, в дальнейшем перемещается в правую подвздошную область и низ живота. Именно для аппендицита характерны боли, которые в динамике нарастают и меняют локализацию, и рвота, которая не носит неукротимый характер. В анализе крови регистрируется нарастающий лейкоцитоз, а при развитии перитонита – ускорение СОЭ [6,9].

В пользу кишечной непроходимости свидетельствуют интенсивные боли в животе схваткообразного характера, тошнота и рвота с икотой. Нарастает вздутие живота. Наблюдаются задержка стула и отхождение газов. Температура тела не повышается. Отмечается положительный симптом Валя, выявляются на обзорной рентгенографии «чаши Клойбера». Наиболее затруднительна диагностика тромбоза мезентериальных сосудов и панкреонекроза. Сопровождаются эти заболевания рвотой, болями в животе, прогрессирующим ухудшением состояния, коллапсом. Как правило, анамнез подобных пациентов отягощен сопутствующей патологией в виде

ишемической болезни сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом, нередко злоупотреблением накануне алкоголя. Частый пульс, снижение артериального давления являются признаком тяжелого состояния больного [5,8,9].

Абдоминальная форма инфаркта миокарда может быть диагностирована у лиц пожилого возраста. Она проявляется тошнотой, сильными болями в эпигастральной и за грудиной областях, нарушением гемодинамики в виде аритмии, тахикардии, гипотонии, кардиогенного шока без диареи и повышения температуры тела.

Диагностика опухолей кишечника - сложная задача и ошибки в диагностике связаны с атипичным течением заболевания. Достаточно сказать, что все эти больные имели давность болезни от 1-3 месяцев до полугода. Имели место снижение веса, кишечное расстройство в виде диареи, запоров, дискомфорта в животе, примесь слизи и крови в стуле без повышения температуры [5,7].

Для дифференциальной диагностики патологии кишечника необходима ректороманоскопия, УЗИ органов брюшной полости.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, из изложенного материала следует, что односторонняя инфекционная прирожденность также опасна, как и любая гипердиагностика острой кишечной инфекции. Детально собранный анамнез, тщательное неторопливое обследование больных, применение всех возможных инструментальных, лабораторных исследований, взвешивая дифференциальная диагностика с учетом выраженности тех или иных симптомов, осмотр больных в динамике, привлечение консультантов хирургов, гинекологов, онкологов, проктологов, кардиологов все это будет залогом успеха в точной диагностике, что позволит предупредить тяжелые осложнения (перитонит, кровотечение). Важна не столько ранняя нозологическая диагностика, сколько своевременная диагностика осложнений, они являются наиболее частой причиной смерти больного. Дифференциация ОКИ с хирургическими заболеваниями очень сложна. Врачу-инфекционисту и хирургу при неясном диагнозе не следует отвергать предположение как о наличии инфекционного заболевания, так и возможности острой хирургической патологии. Только детально собранный анамнез, последовательность появления симптомов, всестороннее тщательное обследование больного с учетом выраженности тех или иных симптомов, взвешивая дифференциальная диагностика позволяет принять единственное правильное решение.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES**

1. Ющук НД, Бродов ЛЕ. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. М.;2012. [Yushchuk ND, Brodov LE. Acute intestinal infections: diagnosis and treatment. M.;2012 (in Russ.)].
2. Голубовская ОА. Современные подходы к диагностике и лечению диарейных заболеваний.

Семейная медицина. 2015;(3):35. [Golubovskaya O. Modern approaches to diagnostics and treatment of diarrheal diseases. *Semeynaya Medicina*. 2015;(3):35 (in Russ.)].

3. Сбойчаков ВБ, Захаренко СМ, Финогеев ЮП, Крумгольц ВФ. Эпидемиология, клиника и лабораторная диагностика бактериальных и вирусных диарей. Лечение и профилактика. 2012;(3):77-81. [Sboychakov VB, Zakharenko SM, Finogeyev YuP, Krumgoltz VF. The clinical-epidemiologic aspects and methods of laboratory diagnostics of bacterial and viral diarrhea. *Lechenie i Profilaktika*. 2012;(3):77-81 (in Russ.)].

4. Тарасова ЛВ, Трухан ДИ. Дифференциальная диагностика при диарее. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015;(12):105-10. [Tarasova LV, Trukhan DI. Diagnostic algorithm for diarrhea. *ksperimental'naia i Klinicheskaia Gastro nterologija = Exp Clin Gastroenterol*. 2015;(12):105-10 (in Russ.)].

5. Лобзин ЮВ, Финогеев ЮП, Винакмен ЮА, Захаренко СМ, Усков АИ. Маски инфекционных болезней. СПб; 2003.

6. Леванчук ТС, Балмасова ИП, Филиппов ПГ, Огиенко ОЛ. Ранняя дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и острого аппендицита у пациентов с диарейным синдромом. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2016;(2):35-41. [Levanchuk TS, Balmasova IP, Filippov PG, Ogienko OL. Early differential diagnosis of acute intestinal infections and acute appendicitis in patients with diarrhea syndrome. *Infect Dis: News, Opinions, Training*. 2016;(2):35-41 (in Russ.)].

7. Казанцев АП, Казанцев ВА. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. М.;2013.

8. Шарикова ОВ. Острый холецистит и кишечная инфекция. Сб. тез. VIII Всерос. конф. общих хирургов с международным участием, посвящ. 95-летию СамГМУ. Самара; 2014:459-61.

9. Филиппов ПГ, Огиенко ОЛ, Балмасова ИП, Леванчук ТС, Цветкова НА, Евсюков ОА. Возможности дифференциального диагноза между острым аппендицитом с диарейным синдромом острыми диарейными инфекциями. Инфекционные болезни. 2013;11(4):78-81. [Filippov PG, Ogienko OL, Balmasova IP, Levanchuk TS, Tsvetkova NA, Evsyukov OA. Possibilities of a differential diagnosis between acute appendicitis with diarrhoeal syndrome and acute diarrhoeal infections. *Infect Dis*. 2013;11(4):78-81 (in Russ.)].

10. Айвазян СР, Грановский ИЭ, Филиппова ВВ, Воронцова НИ, Малов ВА, Белецкий ИП. Современная лабораторная диагностика острых инфекционных диарейных заболеваний. Российский педиатрический журнал. 2012;(5):51-56. [Ayvazyan SR, Granovsky IE, Filippova VV, Vorontsova NI, Malov VA, Beletsky IP. Modern laboratory diagnostics of acute intestinal infections. *Russian Ped J*. 2012;(5):51-56 (in Russ.)].

11. Марова АА, Оксанич АС, Каира АН, Мескина ЕР, Медведева ЕА, Иванова ОЕ, и др. Применение метода мультиплексной ПЦР-РВ для дифференциальной диагностики кишечных вирусных

инфекций. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2012;(6):39-45. [Marova AA, Oksanich AS, Kaira AN, Meskina ER, Medvedeva EA, Ivanova OE, et al. Experience of application of multiplex QPCR for intestine viral infection differential diagnostics. J Microbiol Epidemiol Immunobiol. 2012;(6):39-45 (in Russ.)].

12. Халиуллина СВ, Анохин ВА. Особенности диагностики и терапевтическая тактика при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии. Инфекционные болезни. 2015;13(2):55-60. [Khaliullina SV, Anokhin VA. Specificities of diagnosing and therapeutic tactics in acute enteric infections of unknown etiology. Infect Dis. 2015;13(2):55-60 (in Russ.)].

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-2-8-12

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

К.Ш. Ганцев<sup>1</sup>, Д.Т. Арыбжанов<sup>2</sup>, Ш.Х. Ганцев<sup>1</sup>, Б.В. Беседин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

<sup>2</sup>Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, Шымкент, Казахстан

**Ганцев Камил Шамильевич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, e-mail: kafonso@mail.ru, тел.: +7 (347) 248-32-07

**Арыбжанов Дауранбек Турсункулович** - кандидат медицинских наук, заведующий отделением химиотерапии и эндоваскулярной онкологии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, Шымкент, Казахстан, e-mail: davran\_a@mail.ru, тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

**Ганцев Шамиль Ханафиевич** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия, orcid.org/0000-0003-2047-963X, e-mail: kafonso@mail.ru, тел.: +7 (347) 248-32-07

**Беседин Борис Владимирович** - заведующий отделением лучевой диагностики Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, Шымкент, Казахстан, e-mail: besedinbv@yandex.ru, тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

Цель: изучить непосредственные результаты химиоинфузии в печеночную артерию и химиоэмболизации печеночной артерии при опухолевых поражениях печени, выполненных за период 2004-2008 гг. по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера. Проанализированы результаты эндоваскулярных методов лечения 70 больных с опухолевыми поражениями печени, из них мужчин 47 (67,1%), женщин 23 (32,9%), первичный рак печени в 42 (60%) случаях, метастатические поражения печени в 28 (40%) случаях. Химиоинфузия печеночной артерии выполнена у 50 больных, из них при первичном раке печени у 32 (45,7%) больных, при метастатических поражениях печени у 18 (25,7%) больных. У 20 больных проведена химиоэмболизация печеночной артерии, из них при первичном раке печени 10 (17,1%) больным, при метастатических поражениях печени 8 (11,4%) больным. При первичном раке печени значительная регрессия отмечена у 2 (4,76%) больных, они наблюдаются в течение 3-х лет без признаков прогрессирования процесса, частичная регрессия отмечена у 6 (14,3%) больных, стабилизация процесса у 16 (38%) и прогрессирование процесса у 8 (19%) больных. После лечения до года со стабилизацией процесса живут 14 (33,3%) больных, 1,5 года живут 3 (7,14%) больных, в сроки от 4 до 8 месяцев после лечения умерло 13 (30,9%) больных. После химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) у 8 из 10 больных отмечена частичная регрессия процесса, которая наблюдается в течение 3-5 месяцев, в настоящее время этим больным в плановом порядке проводится 2 и 3 сеансы ХЭПА. Отмечена эффективность ХИПА при первичном раке печени у 19 (45,2%) больных с хорошим качеством жизни, что дает возможность более широкого применения методики для оказа-