

ХРОНИКА

**Резолюция Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ
Пермь, 2001 г.**

Симпозиум "Холедохолитиаз: диагностика и лечение"

При наличии известных клинических и лабораторных признаков холедохолитиаза необходимо последовательное проведение следующих диагностических мероприятий:

- ультразвуковое исследование.
- эндоскопическое обследование желудка и двенадцатиперстной кишки,
- эндоскопическая ретроградная холангиография.

Последняя процедура, завершая диагностический процесс, одновременно является важнейшим лечебным мероприятием. Сочетаясь с эндоскопической папиллосфинктеротомией, она в большинстве случаев обеспечивает условия, необходимые для извлечения конкрементов, восстановления адекватного пассажа желчи, или, если это показано, временную декомпрессию желчных протоков.

Дооперационное обследование не освобождает от необходимости интраоперационной ревизии желчных протоков в сомнительных случаях. Операционная холангиография при этом может быть заменена интраоперационным ультразвуковым исследованием.

Баллонная дилатация не является альтернативой эндоскопической папиллосфинктеротомии при рубцовых изменениях большого дуоденального сосочка. Эндоскопические манипуляции на большом дуоденальном сосочке требуют профилактики панкреатита, наиболее вероятного при выполнении панкреатикограммы в условиях гиперпрессии.

Вероятность обострения холангита и холецистита возрастает, если не удастся в ходе проведения эндоскопической манипуляции добиться восстановления адекватного пассажа желчи или декомпрессии желчных протоков. При развитии указанных осложнений необходимо проведение своевременного консервативного лечения современными средствами, включая рациональную антибактериальную терапию. При неэффективности консервативных мероприятий показана срочная операция.

Экстра- и интракорпоральная литотрипсия при холедохолитиазе целесообразна только в сочетании с обеспечением адекватного желчеоттока.

В случаях, когда с помощью эндоскопических методик не удастся полностью удалить конкременты, особенно крупные, и обеспечить желчеотток, показаны оперативные вмешательства традиционным (лапаротомным) способом.

Лапароскопические операции на желчных протоках эффективны, но допустимы только при условии их полноценной интраоперационной ревизии (холангиография, холангиоскопия, УЗИ) для подтверждения полноты удаления конкрементов и обеспечения адекватного желчеоттока. Данные вмешательства целесообразно выполнять в специализированных, обладающих необходимым оснащением и опытом учреждений.

Симпозиум "Малоинвазивные технологии в хирургии печени и поджелудочной железы".

Обоснование показаний к чрескожным и лапароскопическим вмешательствам при непаразитарных кистах печени требует оценки следующих факторов:

- ◆ число образований,
- ◆ их локализация,
- ◆ размеры,
- ◆ характер содержимого,
- ◆ толщина стенки.

При выполнении указанных вмешательств следует соблюдать все необходимые в таких случаях принципы - асептичность, абластичность, морфологическую, а если необходимо,

микробиологическую верификацию. Кроме того, при истинных кистах, особенно больших размеров, обязательным условием является дезпителлизация остающихся участков стенки.

Чрескожные пункционные и пункционно-дренирующие методы лечения абсцессов печени высокоэффективны и в большинстве случаев позволяют добиться выздоровления. При обосновании выбора указанных методов, помимо факторов, упомянутых для кист печени, надо учитывать этиологию абсцессов, так как лечение хода холангиогенных гнойников требует обязательного обеспечения адекватного желчеоттока. Игнорирование такого требования является основной причиной неэффективности лечения.

Чрескожные дренирующие и лапароскопические вмешательства по поводу эхинококкоза допустимы только при обязательном обеспечении мероприятий, направленных на предотвращение распространения паразита и его гибель.

Лапароскопические методики позволяют в ряде случаев выполнять резекцию печени при опухолях. Выбор такого метода подразумевает тщательное предварительное обследование с морфологической верификацией диагноза.

Малоинвазивные технологии предпочтительны в случаях невозможности проведения радикального хирургического удаления опухоли. Проводимые под ультразвуковым или рентгеновским контролем алкоголизация и другие способы склерозирования, криодеструкция; термоабляция уменьшают массу новообразований, снижают степень их воздействия на организм, делают более эффективной химиотерапию. Последнюю предпочтительно проводить, используя современные селективные и суперселективные эндоваскулярные методики. Применение таких методик дает возможность продлить жизнь тяжелых больных при достаточно высоком ее качестве.

Малоинвазивные технологии целесообразно использовать в лечении постнекротических кист поджелудочной железы. Они позволяют в значительном числе случаев добиться хороших результатов лечения. Применение таких методов требует обязательного предварительного изучения характера морфологических изменений протоковой системы и паренхимы поджелудочной железы.

При развитии осложнений радикальных операций (скопления крови, желчные затеки и др.) малоинвазивные технологии в большинстве случаев дают возможность избежать проведения повторных травматичных операций,

Применение малоинвазивных технологий в лечении панкреонекроза и его гнойных осложнений позволяет в ряде случаев добиться хорошего результата. Использование таких технологий требует систематического ультразвукового и компьютерно-томографического контроля за состоянием поджелудочной железы и окружающей клетчатки, брюшной и плевральных полостей, а также должны позволять проведение адекватных повторных санаций и полноценного дренирования. В случаях неэффективности применения малоинвазивных технологий в лечении панкреонекроза необходимо производить оперативное лечение традиционными способами.

Резолюция подготовлена д.м.н. В. В. Цвиркуном и д.м.н. И.М. Буриевым