

IV конференция хирургов-гепатологов России и стран СНГ Современные проблемы хирургической гепатологии (отчет и резолуция конференции, г. Тула, 3-5 октября 1996 г.)

IV Russian and CIS Conference of Surgeons-Hepatologists

Modern Problems of Surgical Hepatology (Report and Resolution, Tula, October 3-5, 1996)

3—5 октября 1996 г. в г. Туле состоялся IV съезд хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Организаторами съезда были: министерство здравоохранения и медицинской промышленности России, Российская академия медицинских наук, институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, международная организация "Ассоциация хирургов-гепатологов", департамент здравоохранения Тульской области.

Этот съезд был примечателен несколькими событиями. 28 июня 1996 г. произошла официальная регистрация общества хирургов-гепатологов, которое получило название Международная организация "Ассоциация хирургов-гепатологов". Несомненно, приобретенный юридический статус и банковский счет будут гарантом самостоятельности ассоциации и полнокровного функционирования. К открытию съезда был издан первый том журнала "Анналы хирургической гепатологии" - печатный орган Международной организации "Ассоциация хирургов-гепатологов". Безусловно, собственное печатное издание ассоциации облегчит публикацию научных статей, позволит своевременно информировать о новых достижениях отечественных и зарубежных специалистов по гепато-панкреато-билиарной хирургии. На съезде впервые была начата регистрация членов ассоциации с выдачей сертификата-удостоверения. Академикам Б.В. Петровскому, В.С. Савельеву, В.Д. Федорову, А.А. Шалимову были вручены дипломы почетного члена ассоциации.

Научная программа включала 5 вопросов, по которым были проведены симпозиумы:

- 1) Ятрогенные повреждения желчных протоков. Причины. Хирургическая тактика в ранние сроки после повреждения.
- 2) Чрескожные и эндоскопические методы лечения.
- 3) Лапароскопическая хирургия в гепатологии.
- 4) Хирургическое лечение опухолей печени.
- 5) Лечение деструктивного панкреатита.

Все заседания проходили в виде "круглого стола" - несколько докладов [4-7] по обсуждаемой теме, а затем дискуссия, в которой могли принять участие все желающие. Вопросы к докладчикам из зала, от модераторов и председателя заседания создали живую неформальную атмосферу общения, что позволило многим участникам съезда высказать свое мнение. Последующие четкие, обобщающие заключения председателя симпозиума по каждому вопросу оставили у участников съезда впечатление ясности и завершенности. В итоге оживленной и интересной дискуссии на съезде была принята резолюция.

Резолюция

IV конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ
3—5 октября 1996 г. г. Тула

Раздел 1. Ятрогенные повреждения желчных протоков

Основными причинами ятрогенного повреждения желчных протоков при открытой холецистэктомии являются: инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной

связки; трудно контролируемое кровотечение; чрезмерная тракция шейки желчного пузыря вместе с гепатикохоледохом; перевязка пузырного протока непосредственно у гепатикохоледоха; анатомическая аномалия; грубое инструментальное обследование желчных протоков; недостаточная квалификация хирурга.

При лапароскопической холецистэктомии ятрогенная травма желчных протоков может быть вызвана как традиционными причинами, так и чрезмерным использованием электро- и лазерокоагуляции. При замеченной травме показан переход к лапаротомии с широким доступом.

Повреждению желчных протоков при резекции желудка способствуют: низкая локализация язвы, пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку, близкое расположение БДС к пилорическому жому.

Во избежание травматического повреждения желчных протоков в условиях инфильтрата в области шейки желчного пузыря целесообразно использовать методику Прибрама, а также оставлять шейку желчного пузыря; при трудно контролируемом кровотечении следует добиться "сухого операционного поля" путем пальцевого или инструментального пережатия гепатодуоденальной связки.

Необходимо придерживаться следующего правила: не перевязывать и не пересекать трубчатые структуры без визуализации проксимального сегмента гепатикохоледоха.

При ятрогенной травме характер последующих действий зависит от многих факторов. Надо учитывать тяжесть исходного состояния больного, вид травмы, длину проксимального сегмента протока и его ширины, состояние стенки протока.

При ятрогенной травме желчных протоков восстановительная операция (т.е. наложение билио-билиарного анастомоза конец в конец) должна быть выполнена на дренаже-каркасе. Вместе с тем отдаленные результаты восстановительных операций плохие, у большинства больных формируется рубцовая стриктура.

При достаточной ширине проксимального сегмента желчного протока целесообразнее наложить прецизионный билиодигестивный анастомоз, используя для желчеотводящего соустья сегмент тонкой кишки длиной 80-100 см, выключенный по Ру.

Если нет надлежащих условий для выполнения реконструктивной операции, то следует ограничиться наружным дренированием желчных протоков. Реконструктивный этап операции следует выполнить через 2.5-3 мес. В течение этого срока больному показана реинфузия желчи.

Раздел II. Чрескожные и эндоскопические методы лечения

Чрескожные и эндоскопические методы лечения больных с обтурацией желчных протоков позволяют решить ту или иную задачу, не прибегая к хирургической операции. В первую очередь это касается больных с холангитом и холедохолитиазом. Методом выбора остается эндоскопическая папиллосфинктеротомия. При трудно удаляемых конкрементах следует осуществить назобилиарное дренирование с последующей экстра-или интракорпоральной литотрипсией. При резидуальном холедохолитиазе и наличии желчного свища или дренажа холедоха возможна чресфистульная экстракция конкремента или низведение его в двенадцатиперстную кишку.

У больных пожилого возраста с острым холециститом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями методом выбора является чрескожное дренирование желчного пузыря.

У инкурабельных больных с опухолевым поражением гепатикохоледоха, головки поджелудочной железы и периампулярной зоны одним из методов восстановления пассажа желчи является эндопротезирование - чрескожным чреспеченочным доступом или ретроградно через эндоскоп. Эти вмешательства позволяют устранить желтуху, холангит, тем самым улучшить качество жизни и пролонгировать ее. Вместе с тем должен быть сохранен статус паллиативных операций внутреннего шунтирования желчи.

У больных с рубцовой стриктурой желчных протоков эндопротезирование и балонная дилатация дают временный эффект. Эндопротезирование следует выполнять лишь больным, которым на данный момент из-за тяжести состояния реконструктивная операция не показана.

Для чрескожных вмешательств под контролем УЗИ, КТ и рентгенотелевидения необходимы специальные дренажи, иглы, проводники. Следует рекомендовать для широкого применения

отечественные разработки В.Г. Ившина: "Устройство для дренирования полостных образований" и "Устройство замены катетеров". Они позволяют упростить транспариетальное дренирование желчного пузыря и внутривенных протоков, исключить дислокацию дренажа, подтекание желчи и крови вдоль пункционного канала.

Раздел III. Лапароскопическая хирургия в гепатологии

При остром холецистите лапароскопическую холецистэктомию следует стремиться производить в ранние сроки, когда еще не успел образоваться плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Вместе с тем ничем не оправдана лапароскопическая холецистэктомия в ночное время, так как "отсрочка" операции на 6—7 ч ситуацию не изменит, но в то же время позволит избежать многих проблем, связанных с эксплуатацией лапароскопической аппаратуры.

При остром деструктивном холецистите в трудных случаях следует использовать ряд приемов. При инфильтрате диссекцию тканей целесообразно производить крючком, который захватывает ткань небольшими порциями, что позволяет своевременно визуализировать трубчатые структуры. Хирургу может помочь эндоскопический вариант операции Прибрама, цветная гидравлическая препаровка. Вместе с тем в трудных случаях необходим переход на холецистэктомию открытым способом или сформировать лапароскопическую холецистостому.

Представляется перспективным применение при лапароскопической холецистэктомии плазменного скальпеля, который ускоряет операцию, повышает ее асептичность и обеспечивает надежный гемостаз в ложе желчного пузыря.

На современном этапе развития лапароскопической хирургии не следует расширять показания к лапароскопической холедохолитотомии и она не должна быть альтернативой ЭПСТ.

Для выявления интраоперационных ошибок в случае ранних послеоперационных осложнений желательно осуществлять видеозапись лапароскопического вмешательства.

В настоящее время лапароскопические вмешательства заняли ведущие позиции в лечении желчнокаменной болезни. В этой связи необходимо организовать целенаправленное обучение эндохирургии в различных регионах страны.

Раздел IV. Хирургическое лечение опухолей печени

В настоящее время стало очевидным, что успех хирургического лечения больных с опухолевым поражением печени во многом зависит от выявления опухоли на ранней стадии развития, когда размеры ее не превышают в диаметре 2 см. Информативность и точность диагностики обеспечивают: УЗИ, КТ, ангиография, пункционная биопсия, определение опухолевых маркеров в крови. Угроза диссеминации опухолевых клеток после чрескожной пункционной биопсии преувеличена. На этапе операции показано ультразвуковое исследование печени для выявления метастазов и опухолевых тромбов в воротной и печеночных венах, что позволяет определить границы и объем резекции.

При небольшой опухоли печени (до 1-2 см) оправдана резекция в пределах пораженного сегмента; при больших опухолях следует выполнять гемигепатэктомию или расширенную гемигепатэктомию. Энуклеация, термо- и криодеструкция злокачественной опухоли небольшого диаметра является неоправданной с онкологических позиций.

При резекции печени по поводу ее злокачественного поражения обязательна лимфаденэктомия в зоне гепатодуоденальной связки. Помимо блокирования лимфатического пути метастазирования, гистологическое исследование лимфоузлов на предмет опухолевых отсевов позволяет прогнозировать отдаленный результат операции.

При метастатическом поражении печени принципиального возражения не вызывают как симультанная операция, так и метакронная с выполнением резекции печени через 2—3 мес.

Радикальность операции повышает региональная химиотерапия, которая также позволяет уменьшить риск метастазирования и продлить сроки безрецидивного периода.

При новообразованиях печени, осложненных механической желтухой, следует более четко определять операбельность и резектабельность, так как нередко эту группу больных ошибочно

переводят в категорию инкурабельных. Обширная резекция печени с 2—3-этапным восстановлением оттока желчи в кишечник позволяет их социально реабилитировать.

Снижение кровопотери при резекции печени большого объема остается основной проблемой в хирургической гепатологии. Следует более активно внедрять новые технологии и технические приемы, позволяющие значительно уменьшить кровопотерю или нивелировать ее. Арсенал этих средств составляют: предварительная (за 4-6 дней до операции) рентгено-эндоваскулярная окклюзия ветвей печеночной артерии, питающих опухоль; пролонгированное дискретное пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки; пальцевое выделение сосудисто-секреторной ножки удаляемой части печени; взятие на турникет нижней полой вены ниже и выше печени или ее временное вено-венозное шунтирование; атравматичное разделение паренхимы печени с помощью ультразвукового аспиратора или ему подобных аппаратов; применение клипсопликаторов; использование аппаратов для интраоперационной реинфузии крови, излившейся в рану; обработка среза печени пневмотермокоагулятором, аргоновым коагулятором, лазерным скальпелем, криовоздействием, применение биологических клеевых композиций и пленок.

Ввиду того, что резекции печени большого объема имеют высокий операционно-анестезиологический риск, то при условии адекватной анестезии основным методом эффективной защиты больного является адекватная инфузионно-трансфузионная терапия. В оптимальном варианте инфузионно-трансфузионное обеспечение должно проводиться в режиме плеторической гемодилуции с высокой степенью гидратации больного.

Раздел V. Лечение деструктивного панкреатита

Необходимо выделение двух основных форм острого панкреатита — отечной и некротической. На основании данных клинко-инструментального или визуального обследования во время операции возможно также выделение очагового, субтотального и тотального поражения поджелудочной железы при некротическом панкреатите. Но, принимая во внимание сложность диагностики морфологической разновидности острого панкреатита, истинного распространения некротических изменений в паренхиме поджелудочной железы не только до операции, но и во время интраоперационной ревизии, а также отсутствие абсолютной взаимосвязи между характером и объемом поражения, проявления, течением и исходом заболевания, большое значение имеет динамическая оценка тяжести заболевания.

Диагноз некротического панкреатита целесообразно дополнять оценкой тяжести заболевания, которая позволяла бы адекватно ориентироваться в эффективности проводимой терапии, объективно и своевременно изменять лечебную тактику, а также оценивать результаты лечения. Для разработки системы оценки тяжести целесообразно создать комиссию из ведущих специалистов страны.

Интенсивная терапия некротического панкреатита должна проводиться в условиях реанимационного отделения с полным комплексом мониторинга за функциями жизненно важных органов и систем, динамикой основного процесса. В ранние сроки заболевания основное значение в лечении некротического панкреатита имеет максимальное нивелирование волемических и гемодинамических расстройств, подавление экзокринной функции ПЖ, антибактериальная профилактика инфицирования некроза и гнойных осложнений.

Лечение острого панкреатита по-прежнему характеризуется большой частотой ранних и малоэффективных оперативных вмешательств, которые обусловлены преимущественно диагностическими ошибками, недостаточным использованием всего арсенала диагностических и малоинвазивных лечебных технологий. На фоне выраженных гемодинамических и волемических расстройств ранние оперативные вмешательства обычно ухудшают состояние больных. В ранние сроки заболевания предпочтительны чрескожные методы билиарной декомпрессии и лапароскопическое дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

Клинко-лабораторные и инструментальные признаки развития локального гнойного процесса являются основным показанием к оперативному вмешательству.

Среди методов оперативного лечения наиболее эффективным и обоснованным следует рассматривать многократные некротосеквестрэктомии, а также дренирование зон некроза и активное удаление гнойнонекротического секрета под контролем лапароскопа и УЗ визуализации.

Н. Ф. Кузовлев