

Редколлегия стремится отразить в журнале "Анналы хирургической гепатологии" самые новейшие достижения гепатобилиарной хирургии. С этой целью мы организовали специальный раздел, в котором печатаются рефераты важнейших статей, опубликованных в ведущих журналах мира. Этот раздел возглавляет проф. С.В. Готье, который предполагает готовить рефераты и для всех последующих номеров журналов.

Рефераты статей иностранных журналов

Куратор раздела С. В. Готье.

Реферат составил А. В. Филин

ИЦХ РАМН, Москва

Abstracts from Current Medical Publications

Curator S. V. Goutier

Prepared by A.V. Pilin

Research CENTER OF Surgeri RAMSci. Moscow

Nonoperative management of blunt hepatic and splenic injuri in children. Sheldon J. Roud, Martin R. Eichelberger and (Catherine S. Gotschall, USA. Annals of Surgery 1996, v. 223, n. 3, pp. 286-289.

Консервативная тактика при тупой травме печени и селезенки у детей.

Авторы анализируют шестилетний опыт применения консервативной тактики при тупой травме печени и селезенки у детей в возрасте от 4 месяцев до 14 лет.

Повреждения выявлены у 179 больных, из которых 19 (1 1.2%) умерли. Из 160 выживших больных, у 4 выполнена экстренная лапаротомия, у 156 - компьютерная томография с последующим проведением консервативного лечения, эффективность которого отмечена в 97.4% случаев. 53 больным (34.0%) проводили инфузионную терапию, причем за последние три года количество больных, которым проводили инфузионную терапию уменьшилось с 50% до 19% (у детей с травмой печени) и с 57% до 23% (при травме селезенки).

Авторы приходят к выводу, что тупая травма печени или селезенки у детей характеризуется высокой летальностью. В то же время консервативная тактика, основывающаяся на физиологических параметрах и оценке степени тяжести повреждений по результатам компьютерной томографии, является высоко эффективной при лечении данного контингента больных.

Hepatic resections in normothermic ischemia. Gennaro Nuzzo, Felice Ginliate, Ivo Giovannini et al., Italy. Surgery 1996, v. 120, n. 5, pp. 852-85S.

Резекции печени в условиях нормотермической ишемии.

Одной из основных задач, стоящих перед хирургом при выполнении резекций печени, является уменьшение кровопотери, а, следовательно, и объема интраоперационной гемотрансфузии. Временное пережатие сосудов печеночно-двенадцатиперстной связки является эффективным методом, позволяющим снизить уровень кровопотери во время резекции печени. Статья посвящена изучению влияния нормотермической ишемии на объем интраоперационной кровопотери и результаты резекций печени.

Авторами проанализированы резекции печени, выполненные у 61 больного только с пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки или в сочетании с полным выключением печени из кровотока (пережатие над- и подпеченочного отделов нижней полой вены). Продолжительность

нормотермической ишемии составила от 7 до 98 минут (средн. 40 ± 18 минут). Обширные резекции были выполнены в 32 случаях (52.5%). Интраоперационной летальности не было. Серьезные осложнения (выраженная печеночная недостаточность, желчный свищ, поддиафрагмальный абсцесс) имели место в 11.5% наблюдений. Интраоперационную гемотрансфузию проводили 25 больным (41%): среднее количество перилитой крови составило 2.4 ± 1.3 единиц. В 12 случаях больших резекций (37.5%) переливание крови не потребовалось. Послеоперационные изменения показателей печеночных тестов были умеренными и преходящими.

В заключении авторы указывают на важность и пользу использования техники пережатия сосудов для уменьшения объема интраоперационной кровопотери и уровня послеоперационных осложнений. Рутинное использование этой техники во время резекции печени, при условии правильного и осторожного ее применения, не сопряжено с выраженными неблагоприятными воздействиями на функцию печени.

ПЕЧЕНЬ:

Pyogenic hepatic abscess: changing trends over 42 years. Chih-Jeh Huang, Henry A. Pitt, Pamela A. Lipset et. al., USA. Annals of Surgery 1996, v. 223, n. 5, pp. 600-609.

Пиогенные абсцессы печени: изменение тенденций в течение 42 лет.

Авторами продемонстрированы изменения во взглядах на этиологию, бактериологию, диагностику и лечение пиогенных абсцессов печени за последние 4 десятилетия.

Введение за последние два десятилетия таких методов, как ультразвуковое исследование, компьютерная томография, пункционная аспирация и чрескожное дренирование изменили диагностические и лечебные подходы к данному контингенту больных.

В статье анализируются 233 случая пиогенных абсцессов печени в сравнении за период с 1952 по 1972 гг. ($n = 80$) и с 1973 по 1993 гг. ($n = 153$).

За вторую половину анализируемого периода отмечены следующие статистически достоверные тенденции: 1) увеличение частоты с 13 до 20 на 100 000 госпитализации. 2) Более частое развитие абсцессов на фоне злокачественных новообразований (28% - за период 1952-1972 гг., 52% - за период 1973-1993 гг.), большинство из которых (81%) приходилось на гепатопанкреатобилиарную зону. 3) Среди возбудителей возросла роль стрептококковой флоры (с 30 до 53%), синегнойной палочки (с 9 до 30%) и смешанной бактериальной и грибковой флоры (с } до 26%). 4) Возрастание частоты использования чрескожного дренирования абсцессов (с 0 до 45%). 5) Значительное снижение общего уровня летальности с 65% (в 1952-1972 гг.) до 31% (в 1973-1993 гг.). Наиболее существенно снизились показатели летальности у больных с множественными абсцессами (с 88% до 44%, $p < 0.05$) и абсцессами при злокачественных и доброкачественных новообразованиях желчных путей (с 90% до 38%, $p < 0.05$). Увеличение летальности зарегистрировано в случаях сочетания бактериальной и грибковой инфекции ($p < 0.02$).

Hepatocellular Carcinoma. Rod C. Johnson, Greece.

Hepato-Gastroenterology 1997, v. 43, n. 13, pp. 307-312.

Гепатоцеллюлярная карцинома (обзор литературы).

Автором представлен литературный обзор ряда наиболее интересных из числа последних публикаций, посвященных различным аспектам изучения гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), которая является одной из распространенных форм рака во многих странах. В Японии на печеночно-клеточный рак приходится до 95% случаев первичного рака печени. От 50 до 80% всех больных с ГЦК страдают циррозом печени и имеют нарушения функции печени, а у 5% пациентов, страдающих циррозом, в конце концов развивается ГЦК. Даже при успешно выполненном хирургическом вмешательстве уровень рецидива ГЦК остается высоким, достигая 80 S5% в первые 18 месяцев после резекции. Важное место в развитии печеночно-клеточного рака занимают вирусы гепатитов В и С. При этом за последние 10 лет в мире среди больных, страдающих печеночно-клеточным раком, отмечено снижение числа тех, кто имеет положительные маркеры вируса гепатита

В (HCV-позитивные). при значительном росте числа больных, имеющих положительные маркеры вируса гепатита С (HCV-позитивные). Для последней группы характерна мультифокальная локализация опухоли. В диагностике ГЦК большое значение отводится определению уровней альфа-фетопротеина и дескарбокспиротромбина. Большое внимание уделяется вопросу эффективности химиотерапии с использованием таких препаратов, как адимицин, митомицин Ц и цисплатин, а также методам артериальной хемоземболизации и чрескожного введения этанола. При этом ведущим остается хирургическое лечение - резекция печени или ее трансплантация.

Prognosis of hepatocellular carcinoma patients with extrahepatic metastases. T. Okisaka, S. Okada, H. Ishii et. al., Japan.

Hepato-Gastroenterology 1997, v. 43, n. 13, pp. 251-257.

Прогноз у больных с внепеченочными метастазами гепатоцеллюлярной карциномы.

В статье приведен ретроспективный анализ сроков выживания и причин смерти 34 больных с внепеченочными метастазами гепатоцеллюлярной карциномы, которым после резекции печени проводили только системную химиотерапию. Авторами выделены две группы причин смерти: первая - причины смерти, связанные с основным заболеванием; вторая - прочие причины смерти. В первой группе отдельно рассмотрены причины смерти, связанные с поражением печени, с внепеченочной инвазией и с кахексией. Анализ по каждой из указанных причин смерти проводится в двух группах, первая из которых представлена 10 больными с изолированными метастазами в кости, а вторая - 22 больных с метастазами в кости и другие органы. Из 34 больных умерли 32. Средний срок выживания и годовое выживание составили 4.6 месяцев и 20.3%, соответственно. Причиной смерти стали: поражение печени у 21 больного (66%), внепеченочная инвазия - у 7 (22%), кахексия - у 2 (6%) и прочие причины - у 2 (6%). В группе больных (10) с метастазами в кости, 9 (90%) умерли вследствие поражения печени и 1 в результате внепеченочной инвазии. Во второй группе (22 больных) у 7 (32%) причиной смерти стало внепеченочное поражение.

Авторы приходят к выводу, что причины смерти больных с внепеченочными метастазами гепатоцеллюлярной карциномы зависят от их локализации на момент постановки диагноза, и считают полезным использование полученных результатов при анализе в новых клинических исследованиях, посвященных лечению гепатоцеллюлярной карциномы.

Long-term survival after curative resection of pancreatic ductal adenocarcinoma: clinicopathologic analysis of 5-year survivors. Kevin C. Conlon, David S. Klimstra, Murray F. Brennan. USA. Annals of Surgery 1996, v. 223, n. 3, pp. 273-280.

Отдаленные результаты резекций по поводу аденокарциномы панкреатического протока: клиничко-патологический анализ 5-летнего выживания.

Анализ современной литературы показывает снижение уровней осложнений, летальности и улучшение актуарного пятилетнего выживания больных после резекций поджелудочной железы по поводу аденокарциномы панкреатического протока.

Резекция поджелудочной железы по поводу аденокарциномы панкреатического протока в периоде 1989 по 1989 гг. произведена у 118 (17%) из 684 больных раком поджелудочной железы.

Локализация опухоли в области головки поджелудочной железы отмечена у 102, в области тела-у 9 и в области хвоста - у 7 больных. В 72% случаев выполнена панкреатодуоденальная резекция, в 15% — тотальная панкреатэктомия, в 10% дистальная резекция, в 3% - дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы. Операционная летальность составила 3.4%. При сравнении оперированных и неоперированных больных средние сроки выживания составили 14.3 и 4.9 месяцев, соответственно ($p < 0.0001$). Из 12 больных, выживших в течение 5 лет после операции (общее актуарное пятилетнее выживание - 10.2%), у 3 опухоли были высоко дифференцированными, у 5 - умеренно дифференцированными, у 4 - низко дифференцированными. Экстраорганный распространение опухоли наблюдали у 9 больных (75%), а периневральная инвазия была установлена у 10 (83%). В 5 наблюдениях опухоль распространялась на двенадцатиперстную кишку, область Фатерова соска и/или общий желчный проток с вовлечением

воротной вены. Пораженные карциномой лимфатические узлы выявлены у 5 больных (42%). 6 больных живы без рецидива заболевания в сроки от 82 до 133 месяцев (в средн. 101 месяц), 5 умерли от рецидива или метастазирования в сроки 60, 61, 62, 64 и 64 месяца. 1 больной умер от метастазов рака легкого при отсутствии данных за рецидив рака поджелудочной железы.

Авторы приходят к выводу, что резекция поджелудочной железы, являясь единственным методом лечения, позволяющим добиться длительного выживания, в то же время является паллиативным вмешательством. Это диктует необходимость поиска новых дополнительных методов лечения данного заболевания.

Subtotal resection of the head of the pancreas preserving duodenum and vessels of pancreatic arcade. Wataru Kimura, Tetsuichiro Muto, Masatoshi Makuuchi and Hideo Nagai, Japan.

Hepato-gastroenterology 1996, v. 43, n. 12, pp. 1438-1441.

Субтотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки и сосудов панкреатической аркады.

Авторы представляют технику субтотальной резекции поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки с учетом анатомических особенностей панкреатодуоденальной зоны.

После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру поджелудочная железа пересекается над воротной веной и отделяется от горизонтальной части двенадцатиперстной кишки и. на задней поверхности головки поджелудочной железы, от соединительнотканной мембраны. Выделяют и пересекают главный панкреатический проток в месте его слияния с терминальным отделом общего желчного протока на задней поверхности головки поджелудочной железы. Железа пересекается в проекции а. pancreaticoduodenalis anterior superior. Сохранение участка поджелудочной железы между двенадцатиперстной кишкой. а. pancreaticoduodenalis anterior Superior и общим желчным протоком обусловлено трудностями выделения проходящей здесь артерии, питающей Фатеров сосок.

Авторы предлагают использовать данный вариант резекции в случаях доброкачественных и начальных стадий злокачественных заболеваний с локализацией в головке поджелудочной железы.

Endoscopic therapy of chronic pancreatitis. P. Dite, V. Zboril and E. Cikankova, Czech Republic.

Hepato-Gastroenterology 1996, v. 43, pp. 1633-1637.

Эндоскопическое лечение хронического панкреатита.

В статье представлен опыт эндоскопического лечения 42 больных, страдающим хроническим обструктивным панкреатитом, которым была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, из них у 17 папиллотомия сопровождалась дренированием панкреатического протока. Проведенное эндоскопическое лечение привело к исчезновению или значительному уменьшению болевого синдрома в ближайшие сроки после манипуляции у 85.7% больных, а в сроки до 24 месяцев - у 47.1%. За 2 года послеоперационного периода у 53% больных отмечено увеличение массы тела на 2 кг. Имевшие место осложнения, такие как острый панкреатит ($n=3$) и кровотечение ($n=2$), потребовали только консервативной терапии.

Авторы приходят к выводу, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия является сравнительно безопасным и эффективным методом лечения болевых форм хронического панкреатита.

The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures, Adriano Tocchi, Gianluca Costa, Luca Lepre et. al, Italy.

Annals of Surgery 1996, v. 224, n. 2, pp. 162-167.

Удаленные результаты гепатикоэюностомий при лечении доброкачественных стриктур желчных протоков.

Авторы статьи представляют результаты выполнения различных вариантов билиодигестивной реконструкции у больных с доброкачественными стриктурами желчных протоков вследствие ятрогенных и травматических повреждений, холедохолитиаза и кист холедоха.

При анализе частоты осложнений и уровней летальности и выживаемости у 84 больных, которым в связи со стриктурой желчных протоков накладывали различные билиодигестивные анастомозы (гепатикоеюно-, холедохоеюно- и внутривнутрипеченочная холангиоеюностомия) не отмечено зависимости ранних и отдаленных результатов от демографических, этиологических и клинико-патологических факторов. В то же время, лучшие результаты получены при наложении "высоких" билиодигестивных анастомозов (гепатикоеюностомия), а также в случаях более выраженного престенотического расширения общего желчного протока.

Авторы приходят к выводу, что данный вид анастомозов является высоко эффективным и надежным методом хирургической коррекции доброкачественных структур желчных протоков.

Preoperative intrahepatic segmental holangitis in patients with advanced carcinoma involving the hepatic hilus. Michio Kanai, Ylili Nimura, Junichi Kamiya et al., Japan.

Surgery 1996, v. 119, n. 5, pp. 498-504.

Внутрипеченочный сегментарный холангит до операции у больных, страдающих карциномой с вовлечением ворот печени.

Обширные резекции печени по поводу рака желчных протоков остаются операциями высокого риска. Статья посвящена изучению влияния развивающегося в дооперационном периоде внутрипеченочного сегментарного холангита на уровень послеоперационной летальности у больных раком желчных протоков с распространением на область ворот. Проанализированы клинические наблюдения 118 больных, которым выполнили резекцию печени, в том числе более двух сегментов, по поводу карциномы желчных протоков с поражением области ворот. В 22 наблюдениях до операции отмечено развитие холангита сегментарных внутривнутрипеченочных желчных протоков. Частота послеоперационных осложнений и летальности в данной группе были существенно выше по сравнению с наблюдениями, не осложнившимися развитием холангита. 11 больным с сегментарным холангитом выполнили селективное чрескожно чрезпеченочное дренирование желчных протоков. Уровень развития осложнений после операции в этой группе был значительно ниже, чем у больных, которым не выполняли чрескожно чрезпеченочное дренирование желчных протоков. Авторы приходят к выводу, что наличие или отсутствие в предоперационном периоде сегментарного внутривнутрипеченочного холангита является важным прогностическим фактором результатов больших резекций по поводу рака желчных протоков, а селективное чрескожно чрезпеченочное дренирование желчных протоков в случае сегментарного внутривнутрипеченочного холангита играет важную роль в снижении уровня осложнений после больших резекций печени.

Outcome of radical surgery for carcinoma of gallbladder according to the TNM stage. Kazuhiro Tsukada, Katsuyoshi Hatakeyama, Isao Kurosaki et al, Japan.

Surgery 1996, v. 120, n. 5, pp. 816-822.

Результат радикального хирургического лечения карциномы желчного пузыря в соответствии со стадией заболевания по классификации TNM.

В статье авторы проводят анализ 106 историй болезней больных, которым выполнили стандартную радикальную операцию, включающую холецистэктомию с лимфаденэктомией, клиновидной резекцией печени и резекцией внепеченочных желчных протоков. Стадия заболевания определялась по результатам морфологического исследования удаленных структур.

У больных с T1 стадией развития опухоли (n = 15) метастазов в лимфатические узлы не было, тогда как при T2 (n = 46), T3 (n = 25) и T4 (n = 20) стадиях заболевания метастазы в лимфатических узлах были выявлены соответственно у 48%, 72% и 80% больных. 1 больной умер через 30 дней после операции (летальность 0.9%). Из 35 больных с 5-летним выживанием у 11 в процесс были вовлечены лимфатические узлы: у 10 была I стадия заболевания, у 13—II стадия, у 10 - III стадия и у 2-IV стадия. Суммарное 5-летнее выживание больных с I стадией заболевания составило 91%, со II стадией - 85%, с III - 40%, с IV - 19%.

Авторы приходят к следующим выводам: 1) присутствие метастазов в лимфатических узлах в значительной мере отражает глубину инвазии первичной опухоли; 2) четкое выделение стадий

процесса является неотъемлемым условием при оценке результатов хирургического лечения, прогнозировании результатов и решении вопроса о проведении дополнительного лечения.

Cholangiocarcinoma: a spectrum of inrahepatic, perihilar and distal tumors. Attila Nakccb, Henry A. Pitt, Taylor A. Sohn et al., USA.

Annals of Surgery 1996, v. 224, n. 4, pp. 463-475.

Холангиокарцинома различной локализации: внутрпеченочной, с поражением ворот печени и дистальных желчных протоков.

В большинстве сообщений о холангиокарциноме. опубликованных за последние два десятилетия, предлагается выделять внутри- и внепеченочную локализации опухоли, а в последней группе - опухоли проксимального, центрального и дистального расположения. Однако, "центральная" локализация холангиокарцином является редкой, а хирургическое вмешательство подразумевает выполнение либо операции с резекцией области ворот печени или панкреатодуоденальной резекции.

Авторы статьи предлагают простой метод классификации холангиокарцином, используя эту систему применительно к анализу большого числа больных одной клиники. По их мнению весь спектр холангиокарцином следует разделить на: 1) опухоли внутрпеченочной локализации: 2) опухоли с локализацией в области ворот печени: 3) опухоли дистального расположения. Данная классификация коррелирует с анатомическими особенностями распространения холангиогенного рака и определяет выбор тактики лечения.

В статье проанализированы все больные с морфологически подтвержденным диагнозом холангиокарциномы. которым выполняли хирургические вмешательства в госпитале Johns Hopkins за 23-летний период.

Из 294 больных с холангиокарциномой 18 (6%) имели внутрпеченочное расположение опухоли, 196 (67%) - поражение области ворот и 80 (27%) -дистальную локализацию. При внутрпеченочной локализации опухоли проявления желтухи были наименее частыми ($p < 0.01$), в то время как превалировал болевой синдром ($p < 0.05$). Резектабельность увеличивалась по направлению от опухолей с внутрпеченочной локализацией к опухолям дистального расположения (50%, 56%, 91% соответственно). Пятилетнее выживание составило: 44% -для резектабельных опухолей внутрпеченочном локализации: 11%-для холангиокарцином с поражением ворот печени: 2^% - для опухолей дистального расположения, а середине сроки выживания - 26, 19 и 22 месяца соответственно.

Проведение лучевой терапии в послеоперационном периоде не улучшило показатели выживания. Наиболее важными прогностическими критериями при мультивариантном анализе являлись радикальность выполненной резекции ($p < 0.001$), отрицательный результат морфологического исследования края резекции ($p < 0.0$]), уровень сывороточного альбумина до операции ($/? < 0.04$) и послеоперационный сепсис ($p < 0.001$).

В статье авторы приходят к следующим выводам: 1) предложенная классификация является более предпочтительной: 2) резекция остается основным методом лечения, тогда как послеоперационная лучевая терапия не влияет на выживание: 3) требуется поиск новых методов дополнительного лечения для улучшения выживания.

A new chissification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints. Takukazu Nagakawa, Tetsuo Ohta, Masato Kayahara et. al. Japan.

Hepato-gastroenterology 1997, v. 43, n. 13, pp. 63-67.

Новая классификация синдрома Мирizzi по клинико-диагностическим критериям.

Авторами разработана новая классификация синдрома Мирizzi на основе анализа 30 наблюдений. Используя клинико-диагностические критерии, выделены четыре отдельные группы больных с данным синдромом: I группа - больные со стенозом общего печеночного протока вследствие сдавления конкрементом, располагающимся в пузырьном протоке или шейке желчного протока; II группа - со свищем общего печеночного протока вследствие развития пролежня от конкремента, располагающегося в пузырьном протоке или шейке желчного пузыря: III групп - со стенозом

общего печеночного протока вследствие сдавления конкрементом, располагающимся в месте его слияния с пузырным протоком: IV группа со стенозом общего печеночного протока, осложнившимся холециститом, при отсутствии конкрементов в пузырном протоке или шейке желчного пузыря. Из 30 больных 1 тип выявлен у 14, II - у 2, III - у 6, IV-у 8, что подтверждено данными холангиографии.

Авторы указывают на различную тактику лечения больных каждой группы.

Current status of conventional (open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy. John L. Sawyers, USA.

Annals of Surgery 1996, v. 223, n. 1, pp. 1-3.

Современные позиции традиционной (открытой) и лапароскопической холецистэктомии.

Традиционная холецистэктомия до недавнего времени оставалась операцией выбора при лечении больных, страдающих желчно-каменной болезнью. Впервые выполненная во Франции в 1987 г.. лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время находит все большее применение при лечении желчнокаменной болезни.

Автор статьи на основе анализа литературы проводит сравнительную оценку традиционной холецистэктомии (ТХЭ) и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с позиций продолжительности выполнения вмешательства, сроков пребывания больного в стационаре, интра- и послеоперационных осложнений, стоимости лечения и др.

Сроки пребывания в стационаре после ЛХЭ составляют в среднем 1.6 суток, тогда как в случае ТХЭ - 4.3 суток, а средними сроками нетрудоспособности - 10 и 28 дней соответственно.

Проведенные исследования отмечают значительное уменьшение числа осложнений со стороны послеоперационной раны и респираторных расстройств после ЛХЭ. В то же время отмечается значительное (в 2.5-4 раза) увеличение ятрогенных повреждений желчных протоков: частота их при ТХЭ составляет 0.125%, при ЛХЭ - 0.3-0.5%. В США на каждые 500000 ЛХЭ, выполняемых ежегодно, приходится до 1500-2000 повреждений желчных протоков.

Автор приходит к выводу, что лапароскопическая холецистэктомия становится операцией выбора для больных, страдающих желчно-каменной болезнью, в руках опытных хирургов, способных, в случае возникновения трудностей, перейти к выполнению вмешательства традиционным способом.

Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. Chung-Mau Lo, Chi-Leung Liu, Edward C.S. Lai et al., Hong-Kong.

Annals of Surgery 1996, v. 223, n. 1, pp. 37-42.

Ранняя и отсроченная холецистэктомия в лечении острого холецистита.

Из 497 больных, которым выполнили лапароскопическую холецистэктомию, 52 (10.5%) имели клиническую и ультразвуковую картину острого холецистита. У 27 больных выполнили раннее вмешательство (в течение 120 часов после поступления), а у 25 отсроченное, с предварительным проведением курса медикаментозной терапии. В "ранней" группе потребовались более частые видоизменения в оперативной технике ($p < 0.001$). Достоверной разницы по частоте перехода к открытой холецистэктомии и проценту послеоперационных осложнений, показатели которых были 1 сравнимы в обеих группах, отмечено не было. Выполнение ранней холецистэктомии, по сравнению с отсроченной операцией, потребовало большего операционного времени (137.2 и 98.0 мин. соответственно. $p < 0.05$) и больших сроков пребывания в стационаре после операции (4.6 и 2.5 суток соответственно $p < 0.005$). тогда как общая длительность госпитализации до и после операции была ниже (6.4 и 12.4 суток соответственно. $p < 0.001$).

В заключение авторы приходят к выводу, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия при лечении острого холецистита не оказывает влияния на уровень послеоперационных осложнений и частоту перехода к открытой холецистэктомии. являясь при этом экономически более выгодной за счет снижения общих сроков госпитализации.

Partial hepatectomy for metastatic seeding complicating pancreatoduodenectomy. Tsuyoshi Sano, Yuji Nimura, Naokazu Hayakawa et al., Japan.

Hepato-Gastroenterology 1997, v. 43, n. 13, pp. 263-267.

Резекция печени по поводу метастазов, осложнивших панкреатодуоденальную резекцию.

В статье представлен клинический разбор случая метастазирования опухоли по каналу транспеченочного дренажа у 68-летнего больного, которому ранее была выполнена панкреатодуоденальная резекция с резекцией общего желчного протока 110 по поводу дистальной локализации холангиокарциномы. Через три года и пять месяцев после операции при УЗИ органов брюшной полости выявлено расширение левых латеральных сегментарных желчных протоков (III сегмент по Couinaud). Чрескожная чрезпеченочная холангиография выявила стриктуру в месте слияния печеночных протоков III сегмента, что соответствовало области прохождения транспеченочного дренажа. Был диагностирован рецидив холангиокарциномы вследствие ее имплантации по ходу чрескожного чрезпеченочного дренажа, в связи с чем была выполнена левосторонняя гемигепатэктомия. В настоящее время, спустя восемь лет и три месяца после повторного оперативного вмешательства, больной чувствует себя хорошо. Какие-либо проявления рецидива опухоли отсутствуют.

Авторы указывают на то, что описанное наблюдение демонстрирует крайне редкое осложнение транспеченочного дренирования, и еще раз указывает на важность проведения максимально радикальной операции при рецидиве рака желчных протоков.