

Хроника

Пятая конференция хирургов-гепатологов России и стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии" (отчет и резолюция конференции, г. Томск, 25-27 сентября 1997 г.)

V Russian and CIS Conference of Surgions-Hepatologists "Topical Problems of Surgical Hepatology" (Report and Resolution, Tomsk, September 25-27,1997)

25-27 сентября в г. Томске состоялась V конференция хирургов-гепатологов России и стран СНГ по актуальным проблемам хирургической гепатологии. Организаторами конференции явились: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности России, Российская академия медицинских наук. Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Сибирский медицинский университет. Международная организация "Ассоциация хирургов-гепатологов". Дата конференции была приурочена к 70-летию юбилею одного из ведущих хирургов нашей страны Б.И. Альперовича, который вложил много сил, энергии и таланта в развитие отечественной хирургической гепатологии, в подготовку и становление хирургов Сибири и Якутии. Учитывая большие заслуги, Б.И. Альперовичу был вручен диплом почетного члена ассоциации. Почетным членом ассоциации стал также профессор В.С. Шапкин.

Научная часть конференции была открыта пленарной лекцией "Криохирургия очаговых поражений печени", с которой выступил Б.И. Альперович. По-видимому, этот ритуал войдет в традицию, а право на пленарную лекцию будет предоставляться видным отечественным и зарубежным ученым.

В программе V конференции значились 4 проблемы: "Хирургия паразитарных заболеваний печени (альвеококкоз, эхинококкоз)", "Хронический панкреатит", "Рак желчного пузыря и проксимальных печеночных протоков (опухоль Клатскина)", "Абсцессы печени", по которым были проведены симпозиумы. Как и на предыдущей конференции (г. Тула, 1996 г.) они проходили живо и интересно в "русле круглого стола", что позволило многим участникам высказать свое мнение по обсуждаемым вопросам.

На конференции была принята резолюция, которая публикуется ниже.

Резолюция

V конференции хирургов-гепатологов России
и стран СНГ
"АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ"
25-27 сентября 1997 г. г.Томск

Раздел 1. Хирургия паразитарных заболеваний печени эхинококкоз/ альвеококкоз,

При эхинококкозе печени радикальными вмешательствами следует считать операции, при которых происходит удаление или разрушение фиброзной капсулы, в которой могут находиться зародышевые элементы паразита. Перицистэктомия в наибольшей степени отвечает такому

требованию. Показания к резекции печени возникают при краевом расположении эхинококковой кисты, а также наличии множественных кист, занимающих ту или иную анатомическую зону.

При выполнении закрытой эхинококкэктомии (фактически эхинококкотомия с последующим капитонажем) следует производить обработку фиброзной капсулы средствами, вызывающими гибель зародышевых элементов паразита. Вместе с тем, показания к открытой эхинококкэктомии (правильнее эхинококкотомия) должны быть строго ограничены, т.к. это вмешательство сопровождается большим числом осложнений и не является радикальным. После операции желательно проведение курса химиотерапии с целью предупреждения рецидива заболевания.

Чрескожная пункция эхинококковой кисты в настоящее время не может быть рекомендована для широкого применения, т.е. при ее выполнении имеется угроза развития шока, диссеминации дочерних элементов паразита в брюшную полость. К тому же, такое вмешательство не предусматривает радикальное удаление паразита.

В то же время, лапароскопическая эхинококкэктомия может быть осуществлена при наличии специального оснащения, которое позволяет избежать обсеменения брюшной полости.

При сочетанном поражении эхинококком печени и других органов вопрос о проведении симультанной операции необходимо решать в каждом конкретном случае индивидуально. При локализации эхинококковых кист в брюшной полости, эхинококкэктомию целесообразно выполнить одномоментно, при поражении легких - в два этапа, причем у больных с желчно-бронхиальным свищем выгоднее вначале произвести эхинококкэктомию из печени в надежде на спонтанное закрытие свища в бронхиальном дереве.

Альвеококкоз. При этом заболевании следует стремиться выполнять резекцию печени с полным удалением паразита и пересечением неизменной печеночной паренхимы на расстоянии не менее 1 см от паразитарной ткани. При невозможности полного удаления ткани, пораженной альвеококком, в области крупных сосудов (нижняя полая вена и др.) целесообразно выполнить криодеструкцию.

Операцию вылушивания узла альвеококка следует считать не радикальной, к тому же это вмешательство является травматичным и показания к его выполнению должны быть строго ограничены.

Раздел II. Хронический панкреатит.

Основными этиологическими факторами в развитии хронического панкреатита являются употребление алкоголя и желчнокаменная болезнь.

В диагностике различных форм хронического панкреатита наиболее информативны УЗИ, КТ, спиральная КТ, эндоскопическое УЗИ и ЭРПХГ. ЭРПХГ следует проводить накануне или в день операции, т.к. после этого исследования возможно развитие гнойного холангита и инфицирование псевдокист поджелудочной железы.

При билиарном хроническом панкреатите хирургическое вмешательство должно быть направлено на устранение желчнокаменной болезни, восстановление пассажа желчи в кишечник, ликвидацию панкреатических свищей и псевдокист.

У больных с алкогольным хроническим панкреатитом при наличии гипертензии в протоковой системе показано наложение продольного панкреатико-еюноанастомоза.

При склеротическо-дегенеративных изменениях ПЖ с преимущественным поражением головки, сопровождающихся сдавлением дистального отдела общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки, может быть выполнена панкреатодуоденальная резекция или изолированная резекция головки поджелудочной железы без дуоденэктомии.

У больных с псевдокистой поджелудочной железы, связанной с панкреатическими протоками, показано наложение цистодигестивного анастомоза, а при дилатации вирсунгова протока - панкреатикоцистоеюностомии. Чрескожное (под контролем УЗИ, КТ) наружное дренирование псевдокисты оправдано при ее нагноении или сдавлении двенадцатиперстной кишки, у 1/3 больных такое дренирование вызывает образование панкреатического свища.

Раздел III. Рак желчного пузыря и проксимальных печеночных протоков (опухоль Клатскина).

Рак желчного пузыря

Профилактической мерой развития рака желчного пузыря является своевременная санация больных желчнокаменной болезнью и полипозом. -

Рак желчного пузыря на ранних стадиях до операции распознается редко. В случае подозрения по данным дооперационного обследования на наличие опухоли желчного пузыря следует срочно выполнять интраоперационное гистологическое исследование. При положительном ответе холецистэктомия должна быть дополнена резекцией IV и V сегментов печени в сочетании с лимфаденэктомией из гепатодуоденальной связки, вокруг головки и перешейка поджелудочной железы, чревного ствола. В послеоперационном периоде желателен проведение химиотерапии.

Если указанный объем вмешательства не может быть осуществлен или диагноз установлен после выполнения холецистэктомии, больной должен быть направлен в специализированное лечебное учреждение для проведения повторной операции.

При поздних стадиях рака желчного пузыря с прорастанием проксимальных печеночных протоков, радикальная операция, как правило, невозможна. У некоторых больных следует ограничиться декомпрессией билиарного тракта, реканализацией желчных протоков с последующим проведением химиотерапии.

Рак проксимальных печеночных протоков (РППП) (опухоль Клатскина). При диагностике РППП следует четко определить его локализацию и протяженность. Наиболее информативны методы прямого контрастирования желчных протоков. С целью профилактики развития гнойного холангита рентгеноконтрастное исследование желчных протоков следует заканчивать их декомпрессией.

При оценке распространенности РППП, помимо системы TNM, целесообразно использовать классификацию Бисмута (4 типа), которая позволяет планировать объем оперативного вмешательства.

При длительной желтухе с нарушением функции печени, радикальную операцию целесообразно выполнять после разрешения желтухи.

У больных опухолевым поражением общего печеночного протока, необходима резекция гепатикохоледоха и конfluence с наложением желчнокишечного анастомоза с петлей тощей кишки, изолированной по Ру.

При распространении опухоли на долевые печеночные протоки, возможна их резекция с конfluenceм и гепатикохоледохом. В случае распространения опухоли на сегментарные протоки правой или левой половины печени показана гемигепатэктомия с резекцией печеночных протоков и гепатикохоледоха. Если интраоперационная гистологическая оценка срезов желчных протоков подтверждает полноту иссечения опухоли, то обязательна лимфаденэктомия из известных коллекторов. У больных с опухолью Клатскина допустимо выполнение паллиативных резекций печеночных протоков.

У иноперабельных больных для продления и улучшения качества жизни методом выбора является эндопротезирование печеночных протоков чрескожным чреспеченочным доступом или эндоскопически, хотя ретроградное протезирование у данной категории больных представляет значительную сложность.

Раздел IV. Абсцессы печени

Следует различать бактериальные и паразитарные; одиночные, множественные и милиарные абсцессы. В диагностике абсцессов печени наиболее информативны УЗИ и КТ. Выявление милиарных абсцессов указанными методами затруднено.

При выборе способа лечения следует учитывать причину возникновения абсцессов, их размеры, локализацию и количество.

У подавляющего числа больных с солитарным абсцессом печени следует применять чрескожную чреспеченочную пункцию или дренирование абсцесса под контролем УЗИ. При

неэффективности нескольких saniрующих пункций необходимо дренировать полость гнойника одной или двумя дренажными трубками для последующего промывания. Если диаметр абсцесса более 3-5 см, следует сразу устанавливать дренажную трубку.

При длительном существовании абсцесса, когда имеется толстая фиброзная капсула или в просвете находятся секвестры (чаще при посттравматических абсцессах), показано вскрытие и дренирование абсцесса лапаротомным доступом. Резекция печени оправдана при наличии множественных абсцессов, локализующихся в одной анатомической зоне.

При наличии милиарных абсцессов печени прогноз, как правило, неблагоприятный. Этой группе больных показано проведение регионарной антибактериальной терапии через воротную вену и печеночную артерию, плазмафереза, использование иммуномодуляторов и других средств.

У больных с абсцессами холангиогенной природы должна быть выполнена декомпрессия желчных протоков и устранена причина их непроходимости.

У больных с доброкачественной обструкцией билиарного тракта использование желчного пузыря для внутреннего желчеотведения следует считать ошибочным, т.к. с течением времени происходит облитерация пузырного протока и развитие восходящего абсцедирующего холангита.

Н.Ф.Кузовлев