

Рефераты статей иностранных журналов

Куратор раздела С. В. Готьё

Составил А. В. Семенков

РНЦХ РАМН, (директор -академик РАМН Б. А. Константинов), Москва

Abstracts from Current Medral Publication

Curator S. V. Gotier

Prepared by A. V. ScTncnkov

Research Center of Surgery RAMSei. (Director-Academician RAMci B.A. Konstantinov), Moscow

Influence of Preoperative Transarterial Lipoidal Chemoembolization on Resection and Transplantation for Hepatocellular Carcinoma in Patients With Cirrhosis

Pietro E. Majno, M. D., F. R. C. S., Rene Adam, M. D., Henri Bismuth, M. D., F. A. C. S. (Hon.), Denis Castaing, M. D., Arie Ariche, M. D., Jinane Krissat, M. D., Hubert Perrin, M. D., and Daniel Azoulay, M. D.

Hepatobiliary Surgery and Liver Transplant Research Center, Hospital Paul Brousse, Villejuif, and Faculty of Medicine, Paris-Sud University, France

Annals of Surgery, December 1997, V. 226, № 6, P. 688-703.

Предоперационная трансартериальная химиоэмболизация при резекциях и трансплантациях печени у больных гепатоцеллюлярным раком, развившемся на фоне цирроза.

Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) составляет примерно 1 млн. новых случаев в год, при этом трансформация циррозов печени в ГЦР составляет 2-8% всех выявленных случаев и занимает лидирующее место среди причин возникновения ГЦР. При раннем выявлении ГЦР хирургическое лечение (резекция или трансплантация) является наиболее эффективным методом лечения. К сожалению, у пациентов с обширными или мультифокальными опухолями печени (их количество преобладает) результаты операций гораздо хуже и сроки продолжительности жизни в среднем составляют менее 10 месяцев. В связи с этим и резекция и трансплантация печени могут дать хорошие результаты лишь у незначительного количества пациентов, и эти пациенты нуждаются в комбинированном лечении для расширения показаний к операции и снижения частоты послеоперационных рецидивов.

В ходе трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) происходит введение липоида и химио-терапевтического препарата в печеночную артерию с последующей её эмболизацией рассасывающимися желатиновыми частицами. Процедура обеспечивает ишемию и фармакологическое повреждение опухоли, в то время как остальная часть печени кровоснабжается посредством портального кровотока. Нахождение же в течение 3-5 нед. рентгеноконтрастного липоида в клетках даже небольших опухолей помогает их обнаружить и при компьютерной томографии. Таким образом, ТАХЭ позволяет обнаружить даже небольшие опухоли, не выявленные ранее, что способствует более точному определению стадии заболевания.

Авторы сообщают о 49 случаях ТАХЭ у 76 пациентов, перенесших впоследствии резекцию, и о 54 случаях у 111 пациентов, подвергшихся трансплантации печени. Уменьшение размеров или лизис опухолей после ТАХЭ был отмечен у 62% больных. Как после резекции, так и после трансплантации печени отмечено увеличение сроков выживания. Сообщается также о положительном опыте применения ТАХЭ в целях улучшения резектабельности изначально неоперабельных опухолей. Уменьшение же размеров ГЦР в результате применения ТАХЭ у пациентов, в последующем перенесших трансплантацию печени, приводит к улучшению результатов пересадки печени - сроки переживаемости после комбинированного лечения ГЦР (ТАХЭ + трансплантация печени) приближаются к таковым у пациентов, оперированных в более ранней стадии заболевания.

Prospective Evaluation of Pringle Maneuver in Hepatectomy Liver by a Randomized Study

Kwan Man, Ivi. B., Sheung-Tat Fan, M. S., F. R. C. S., Irene O.L. Ng, 14. 1), F. R. C. Path., Chung-Mau Lo, M. B. B. S., F. R. C. S., Chi-Keung Liu, M. B. B. S., F. R. C. S., and John Wong, Ph. D., F. R. A. C. S., F. R. C. S.

From the Department of Surgery and Pathology, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong

Annals of Surgery, December 1997, V. 226, № 6, P. 704-713.

Рандомизированная оценка эффективности пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки при резекциях печени по поводу опухолей.

При выполнении резекции печени в целях уменьшения кровопотери традиционно используется пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки (прием Прингла-ПП). Однако ПП потенциально сопряжен с пагубным влиянием на метаболическую функцию гепатоцитов. В настоящий момент не существует методов оценки уровня снижения кровопотери при ПП, не изучено влияние этого приема на метаболическую функцию гепатоцитов, отсутствуют также данные об улучшении результатов резекций печени при применении ПП. В связи с этим авторы изучили влияние ПП у 100 пациентов, перенесших резекцию печени по поводу опухоли. Пациенты были произвольно разделены на две группы: в первой группе (50 больных) осуществлялось пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки в течение 20 минут с 5-минутным интервалом, у других 50 пациентов (вторая группа) была выполнена резекция печени без ПП.

Результатом применения ПП была меньшая кровопотеря на 1 см² резецируемой поверхности (12 мл в первой группе против 22 мл во второй, $p = 0.0001$), более короткое (2 мин) время резекции 1 см² печеночной поверхности ($p = 0.016$), значительно более высокий уровень кетоновых тел в крови в течение первых двух часов после резекции, более низкий уровень сывороточного билирубина в раннем послеоперационном периоде и более высокий уровень сывороточного трансферрина в сроки с 1 по 8 день послеоперационного периода у пациентов с циррозом печени. Количество осложнений, госпитальной смертности и клиренс индоцианового зеленого были одинаковыми в обеих исследуемых группах.

Таким образом, авторы работы приходят к заключению, что выполнение ПП в момент резекции приводит к уменьшению кровопотери, что положительно влияет на функцию оставшейся ткани печени в раннем послеоперационном периоде. Это в свою очередь приводит к снижению послеоперационной летальности и снижению частоты возникновения инфекционных осложнений благодаря уменьшению числа гемотрансфузий. С другой стороны, применение ПП может провоцировать ишемическое повреждение печени, тяжесть которого может быть особенно выражена при сопутствующем циррозе. В связи с этим необходимо продолжать дальнейшие исследования для решения вопроса о том, насколько целесообразно применение ПП в целях уменьшения объема кровопотери при выполнении резекций печени.

Long-Term Survival After Retransplantation of the Liver

James F. Markmann, M. D., Ph. D., Jav S. Markowitz, M. D., Hasan Yersiz, M. D., Marcia Morrissey, Ph. D., Douglas A. Farmer, M. D., Dana A. Farmer, R. N, John Goss, M. D., Rafik Ghobrian, M. D., Sue V. McDiarmnd, M. D., Rise Stribling, M. D., Paul Martin, M. D., Leonard 1. Goldstein, M. D., Phillip Sou, M. D., Christofer Shackleton, M. D., Ronald W. Busuttil, M. D., Ph. D.

From the Dumont-UCLA Liver Transplant Center, Department of Surgery, ICLA School of Medicine, Los Angeles, California

Annals of Surgery, October 1997, V. 226, № 4, P. 408-420.

Сроки выживания после повторной трансплантации печени,

В ходе исследования авторы приходят к заключению, что сроки функционирования пересаженной печени у пациентов, подвергшихся повторной трансплантации, значительно хуже по сравнению с пациентами, впервые перенесших операцию трансплантации.

Критический дефицит донорских органов и проистекающих отсюда длительный период ожидания трансплантации побудил авторов, кроме оценки результатов ретрансплантаций, изучить также факторы, способствующие ухудшению их результатов. В связи с этим авторы данного исследования выполнили ретроспективный анализ 13-летнего опыта трансплантаций печени, вы-

полненных в Медицинском Центре UCLA, в период с 1 февраля 1984 года до 1 октября 1996 года. За этот период времени было выполнено 2053 трансплантации, в том числе 356 повторных (17%) у 299 пациентов. Было произведено сравнение результатов, полученных при первых 150 и последних 150 трансплантациях печени, при этом учитывалась разница между этими группами (с учетом возрастных характеристик, положения в Объединенной Системе Распределения Органов (United Network of Organ Sharing (LJNOS)), технических особенностей оперативного вмешательства, качества донорского органа и др.).

Авторы выяснили, что сроки продолжительности жизни пациентов в течение 1, 5 и 10 мес. с момента повторной трансплантации печени составили 62%, 47% и 45% соответственно по сравнению с аналогичными показателями у пациентов, впервые подвергшихся пересадке — 83%, 74% и 68%. Показано, что первичный диагноз, по поводу которого выполняли повторную трансплантацию печени, не был статистически значимым в своем влиянии на сроки продолжительности жизни. Показано, что пациенты после повторных трансплантаций более длительно находились в госпитале (в частности, в отделении интенсивной терапии), при этом затраты на их лечение превышали аналогичные у пациентов контрольной группы более чем на 170%.

Shunt Surgery During the Era of Liver Transplantation

Layton F. Rikkers, M. D., Gongliand Jin, M. D., Alan N. Langnas, D. O., and Byers W. Shaw, Jr., M. D.

**From the Department of Surgery, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska
Annals of Surgery, July 1997, V. 226, № I, P. 51-57.**

Место шунтирующих операций в эру трансплантации печени.

С широким внедрением в клиническую практику трансплантации печени как основного метода лечения хронических заболеваний печени возникла необходимость в переоценке роли шунтирующих операций, выполняемых для предотвращения кровотечения из варикозно расширенных вен.

Авторами статьи выполнена ретроспективная оценка десятилетнего опыта трансплантаций печени с определением показаний к проведению портосистемного шунтирования. Проанализирована группа из 71 больных циррозом печени, перенесших кровотечение из варикозно расширенных вен. В связи с неудачной попыткой выполнения склеротерапии или отсутствии показаний к эндоскопическому лечению все пациенты были подвергнуты шунтированию (в 82% - дистальный спленоренальный шунт). У 44 пациентов с хорошим функциональным резервом печени шунт использовался как метод лечения пациентов до трансплантации (1 группа). У других 27 пациентов с шунтом (2 группа) не планировалась трансплантация печени в связи с хроническим алкоголизмом или престарелым возрастом. Выживаемость больных этих двух групп сравнивалась с таковой у 180 пациентов, перенесших в анамнезе кровотечение из варикозно расширенных вен и подвергшихся вскоре после этого трансплантации печени. У больных 3-й группы послеоперационная летальность была выше (19%), чем после шунтирования (5%) ($p < 0.02$). Только два пациента 1-ой группы умерли в позднем послеоперационном периоде от печеночной недостаточности, не дождавшись трансплантации печени.

Таким образом, шунтирующие операции являются хорошим методом подготовки больных к трансплантации печени, причем шунтирование позволяет удлинить срок ожидания пересадки печени. Шунтирующие операции также важны в лечении пациентов, перенесших кровотечение из варикозно расширенных вен, и у которых вообще не планируется трансплантация печени.

Differential Effects on Portal and Effective Hepatic Blood Flow

A Comparison Between Transjugular Intrahepatic Portasystemic Shunt and Small-Diameter Pi-Graft Portacaval Shunt

Alexander S. Rosenuirgy, M. D., Emmanuel E. Zervos, M. D., Sarah E. Goode, R. N., Thomas J. Black, M. D., and Bruce R. Zwiebel, M. D.

From the Department of Surgery and Radiology, College of Medicine, University of South Florida, Tampa, Florida

Annals of Surgery, May 1997, V. 225, № 5, P. 601-608.

Влияние на портальный и печеночный кровоток различных видов шунтирования.

Сравнивалось влияние на портальный печеночный кровоток трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) и портокавального H-Graft шунта малого диаметра (HGPCS). Показано, что летальность после выполнения TIPS выше, чем после формирования HGPCS, и обусловлена она, в основном, кровотечением из варикозно расширенных вен. Причиной более высокой смертности была печеночная недостаточность, возникающая вероятно в результате чрезмерного минутного печеночного кровотока. Произведен анализ результатов выполнения TIPS и HGPCS у сорока пациентов путем оценки эффективного печеночного кровотока. Эффективный печеночный кровоток определяли посредством оценки клиренса низких доз галактозы за день до и в течение последующих 5 дней после шунтирования. Оценка портального кровотока была произведена с помощью доплеровского исследования.

Группы пациентов были сходными по возрасту, полу и стадии цирроза (по классификации Child). Было выяснено, что портальный кровоток после TIPS возрастал (с 21 мл/сек ± 11.9 до 31 мл/сек ± 16.9, $p < 0.05$), тогда как после HGPCS он оставался неизменным (от 26 мл/сек ± 27.7 до 14 мл/сек ± 41.1). Эффективный печеночный кровоток значительно уменьшался после TIPS (от 1684 мл/мин ± 2161 до 676 мл/мин ± 451, $p < 0.05$) и оставался неизменным при HGPCS (от 1901 мл/мин ± 1818 до 1662 мл/мин ± 1035, $p = n.s.$).

Таким образом, в обоих случаях наблюдалось значительное уменьшение градиента давления между воротной веной и нижней полой веной. Портальный кровоток увеличивался после выполнения TIPS, несмотря на то, что наибольший объем портального кровотока был осуществлен через шунт. Эффективный печеночный кровоток значительно уменьшался после выполнения TIPS, однако он был неизменным после HGPCS. Авторы делают вывод о том, что TIPS не влияет на летальность и не ведет к печеночной недостаточности.

Prospective, Randomizer Trial of Octreotide to Prevent Pancreatic Fistula After Pancreaticoduodenectomy for Malignant Disease

Andrew M., Lowy, M. D., Jeffrey E. Lee, M. D., Peter W. T. Pisters, M. D., B. Scott Davidson, M. D., Claudia J. Fenoglio, R. N., Pam Stanford, R. N., Rashida Jinnah, M. S. R. D., and Douglas B. Evans, M.D.

From the Department of Surgical Oncology, The University of Texas M. D. Andersen Cancer Center, Houston, Texas

Annals of Surgery, November 1997, V. 226, № 5, P. 632-641.

Применение октреотида (сандостатина) для профилактики панкреатических свищей после панкреатодуоденальных резекций, выполненных по поводу злокачественных новообразований.

Несостоятельность панкреатикоюнальных анастомозов - наиболее частое осложнение после ПДР. По данным крупных хирургических центров, летальность после ПДР в настоящее время ниже 1%. (Основная масса этих больных живет менее 2-х лет — всего лишь 10—20% пациентов живут в среднем 5 лет.) В связи с вышесказанным, представляется актуальным вопрос о снижении послеоперационной летальности после ПДР. Как представляется, улучшения результатов ПДР можно добиться снижением экзокринной функции поджелудочной железы. В организме эту функцию выполняет соматостатин — протеин-ингибитор экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы. Сандостатин показан для профилактики и лечения наружных панкреатических свищей.

В центре, в период с июня 1991 по декабрь 1995 года, проанализировано 120 наблюдений, в которых пациенты после ПДР получали сандостатин (150 мг, подкожно, каждый 8 часов, в течение 5 дней после операции) или не получали его вовсе. При выполнении ПДР использовали стандартную хирургическую методику с наложением панкреатикоюнального анастомоза по типу проток-слизистая (duct-to-mucosa) или с использованием инвагинационной методики (invagination technique).

Авторы приходят к выводу о том, что применение сандостатина как средства профилактики панкреатических свищей после ПДР нецелесообразно.

Pancreatoduodenectomy for Chronic Pancreatitis Anatomic Selection Criteria and Subsequent Long-Term Outcome Analysis

L. William Traverse, M. D., Richard A. Kozarek, M. D.

From the Departments of General Surgery and Gastroenterology, Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington

Annals of Surgery, October 1997, V. 226, № 4, p. 429-438.

Панкреатодуоденальная резекция при хронических панкреатитах.

Резекция головки поджелудочной железы является терапией выбора при тяжелом течении хронического болевого панкреатита на фоне облитерации главного панкреатического протока в области головки ПЖ. Авторы исследования поставили задачу выработать критерии оценки прогноза резекции головки поджелудочной железы и панкреатодуоденальной резекции (ПДР).

С 1986 года выполнено 47 ПДР и 10 дуоденопанкреатэктомий.

Операционная летальность была нулевой, 5-летняя выживаемость — 93%. На показатели переживаемости влиял появившийся после операции диабет. (При контрольном обследовании пациентов через 42 месяца после операции диагностировалось развитие диабета у 32% пациентов.) Авторы приходят к выводу о том, что ПДР надежно и значительно облегчает болевой синдром. Основная масса возникающих осложнений наступает от диабета, развившегося после панкреатэктомии.

Six Hundred Fifty Consecutive Pancreaticoduodenectomies in the 1990s Pathology, Complications, and Outcomes Charles J. Yeo, M. D., John L. Caincron, M. D., Taylor A. Sohn, M. D., Keith D. Lillernoe, M. D., Henry A. Pitt, M. D., Mark A. Talamini, M. D., Ralph H. Hruban, M. D., Sarah E. Ord, B. S., Patricia K. Sauter, R. N., JoAnn Coleman, R. N., Marianna L. Zahurak, M. S., Louise B. Grochow, M. D., and Ross. A. Abrams, M. D.

From the Departments of Surgery, Pathology, and Oncology, The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland

Annals of Surgery, September 1997, V. 226, № 3, P. 248-260.

Опыт 650 панкреатодуоденальных резекций.

Анализирована группа из 650 пациентов, перенесших ПДР с января 1990 по июль 1996 года.

Средний возраст пациентов составлял 63 ± 12.8 лет, из них 54% - мужчины. Количество операций в год увеличилось с 60 в 1990 году до 161 в 1995 году. Рак поджелудочной железы был у 282 — 43%, ампулы - у 70- 11%, дистальной части общего желчного протока - у 65- 10%, двенадцатиперстной кишки — у 26— 4%; хронический панкреатит — у 71—11%, нейроэндокринная опухоль ПЖ—у 31 — 5%, периапулярная аденома - у 21- 3%, цистаденокарцинома - у 14- 2%, цистаденома - у 25- 4%.

В ходе ПДР сохранялся привратник желудка в 82% случаев, резекции воротной или верхней брыжеечной вены произведены у 4% больных. Панкреатикоеюностомия произведена у 71% больных. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 625 мл при среднем времени оперирования 7 часов. Гемотрансфузий не было. Серия из 190 ПДР была выполнена без летальных исходов. Девять (1.4%) смертей наблюдали в течение 30 дней после операции. Послеоперационные осложнения отмечены в 41%— наиболее частыми из них были демпинг-синдром (19%), панкреатический свищ (14%) и раневая инфекция (10%). Двадцать три (3.5%) пациента повторно подверглись оперативному вмешательству в раннем послеоперационном периоде. Наиболее частыми причинами повторного оперативного вмешательства были кровотечение, абсцесс, или несостоятельность анастомоза. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 13 дней. Анализ 443 наблюдений периапулярной аденокарциномы позволил сформулировать критерии благоприятного прогноза, обеспечивающие высокую степень вероятности длительного выживания пациента: диаметр опухоли менее 3 см, радикальность операции, отсутствие метастазирования в лимфатические узлы, высокая степень дифференцировки рака и отсутствие повторных оперативных вмешательств.

Исследование, выполненное в госпитале Д. Хонкинса, позволило авторам утверждать, что ПДР может быть благополучно выполнена при разнообразных злокачественных и доброкачественных поражениях поджелудочной железы и периампулярной области.

Pancreatic Resection Combined With Intraoperative Radiation Therapy for Pancreatic Cancer

Timothy J. Farrel, M. D., Donna J. Barbot, M. D., F. A. C. S., and Francis K. Rosato, M. D., F. A. C.S.

From the Department of Surgery, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania

Annals of Surgery, July 1997, V. 226, № I, P. 66-69.

Резекция поджелудочной железы при раке в сочетании с интраоперационной лучевой терапией.

Проанализирован опыт госпиталя Т. Джефферсона в комбинированном лечении рака ПЖ (радикальная операция и интраоперационная лучевая терапия - ИОЛТ).

В группе из 14 пациентов 6 пациентов имели 1 стадию заболевания, 2- II и 6- III. Двоим пациентам выполнена панкреатэктомия, двоим - дистальная панкреатэктомия, остальным - ПДР. Средние сроки выживания составили 16 месяцев (5 лет жили 15%).

Авторы статьи приходят к заключению, что при раке ПЖ интраоперационная лучевая терапия удачно дополняет операцию.

Serum Amylase Level on Admission in the Diagnosis of Blunt Injury to the Pancreas

Its Significance and Limitations

Tsunemasa Takkishima, M. D., Katsyshiko, Sugimoto, IVI. D., Mutsuhiro Hirata, M. D., Yasushi Asari, M. D., Takashi Ohwada, M. D., and Akira Kakita, M. D.

From the Departments of Surgery and Traumatology and Critical Care Medicine, Kitasati University School of Medicine, Kanagawa, Japan

Annals of Surgery, July 1997, V. 226, № I, P. 70-76.

Исследование сывороточной амилазы при тупой травме поджелудочной железы.

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 73 пациентов с тупой травмой поджелудочной железы (в период с февраля 1980 года по январь 1996 года).

Уровень сывороточной амилазы был повышен у всех пациентов, перетупивших в сроки более чем через 3 часа после травмы. Сравнение пациентов с повышенным уровнем сывороточной амилазы показало статистическую важность повышения амилазы в зависимости от времени, прошедшего с момента травмы до поступления (7 ± 1.5 часа в сравнении с 1.3 ± 0.2 часа, $p < 0.001$).

Таким образом, во избежание диагностических ошибок при повреждениях поджелудочной железы авторы рекомендуют выполнять определение уровня сывороточной амилазы в сроки более чем через 3 часа после травмы.

Preoperative Screening for Common Bile Duct Stones With Infusion Cholangiography

Review of 1000 Patients

Lan Lindsey, M. B., B. S., Peter D. Nettle, M. B., B. S., F. R. A. C. S., and Nina Sacharias, M. B., B. S., F. R. A. C. R.

From the Departments of Surgery and Radiology, Alfred Hospital, Melbourne, Victoria, Australia

Annals of Surgery, August 1997, V. 226, № 2, P. 174-178.

Инфузионная холангиография как скрининговый метод выявления холедохолитиаза (обзор 1000 наблюдений).

Проанализированы результаты инфузионной холангиографии у 1000 пациентов: холедохолитиаз обнаруживался с чувствительностью в 93.3% и специфичностью 99.3%.

A Multivariable Risk Factor Analysis of Portuen-terostomy (Kasai) Procedure for Biliary Atresia

Twenty-Five Years of Experience From Two Centers

R. Peter Altman, M. D., John R. Lily, M. D., Jonathan Greenfeld, M. D., Alan Weinberg, M. S., Kathleem van Leewen, M. D., and Laura Flanigan, R. N.

From the Department of Surgery (Pediatric Surgery), College of Physicians & Surgeons, Columbia University, Babies & Children Hospital of New York, and the Department of Surgery, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado

Annals of Surgery, September 1997, V. 226, № 3, P. 348-355

Анализ факторов риска выполнения гепатикоэнтеростомии (операция Касаи) при врожденной билиарной атрезии (двадцатипятилетний опыт двух центров).

Авторы анализируют результаты лечения 226 пациентов за период с 1972 по 1996 г. В качестве неудачного исхода лечения рассматривались смерть пациента или необходимость в пересадке донорского органа.

Независимые факторы риска: возраст к моменту оперативного вмешательства и особенности анатомии внутрипеченочных желчных ходов. После гепатикоэнтеростомии в воротах печени 5-летия выживаемость составила 49% при средней продолжительности жизни 15 лет (при условии нормального функционирования билиарного дренажа). 65 пациентов подверглись трансплантации печени (средний период до трансплантации составлял 5.4 года). После трансплантации печени (при неудавшейся операции Касаи) 71 % оперированных жили 10 лет.

Major Bile Duct Injuries During Laparoscopic Cholecystectomy

Follow-Up After Combined Surgical and Radio-logic Management

Keith D. Lillernoe, M. D., Scot A. Martin, M. D., John L. Cameron, M. D., Charles J. Yeo, M. D., Mark A. Talamini, M. D., Sunjay Kaushal, B. S., Ph. D., JoAnn Coleman, M. S., C. R. N. P., Anthony C. Venbrux, M. D., Scott J. Savader, M. D., Floyd A. Osterman, M. D., and Henry A. Pitt, M. D.

From the Department of Surgery and Radiology, The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland

Annals of Surgery, May 1997, V. 225, № 5, p. 459-471.

Повреждения гепатикохоледоха при лапароскопической холецистэктомии.

Обобщены данные о 89 пациентах с повреждениями гепатикохоледоха при лапароскопической холецистэктомии. Пациенты сразу подверглись чрескожному билиарному дренированию. В дальнейшем пациентам производилась чрескожная баллонная дилатация или гепатикоэнтеростомия по Ру с установкой в области анастомоза стента.

Двое пациентов умерли до лечения (причиной смерти были сепсис и мультиорганная недостаточность). 28 пациентам выполнена баллонная дилатация, в 64% с хорошими результатами, 59 - гепатикоэнтеростомия с хорошими результатами в 92% (десять пациентов имели билиарные стенты).

Комбинирование хирургического лечения и баллонной дилатации обеспечивает 100% результативность лечения подобных пациентов.