

РЕЗОЛЮЦИЯ

ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ», ПОСВЯЩЕННОЙ 30-ЛЕТИЮ КУЗБАССКОГО ОБЛАСТНОГО ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА, ПРОХОДИВШЕЙ В Г. КЕМЕРОВО 4-5 ФЕВРАЛЯ 1999 Г.

Раздел 1. Рак поджелудочной железы.

Основными причинами, снижающими эффективность радикального хирургического лечения рака поджелудочной железы, является раннее метастазирование (даже при операбельной опухоли) и резистентность к химио- и радиотерапии.

Весь арсенал диагностических методов, включающих рентгеноконтрастные исследования желудочно-кишечного тракта, эндоскопические и чрескожные методы, селективную ангиографию, УЗИ, КТ, исследования маркеров крови, не всегда позволяет поставить диагноз на ранней стадии заболевания. Следует различать протоковую аденокарциному (наиболее злокачественное течение), опухоли периампулярной зоны и неэпителиальные опухоли, и руководствоваться этим при выборе метода операции и анализе ее результатов. Морфологическая верификация опухоли и ее вид (высоко-, низкодифференцированная) во многом определяют результаты лечения.

Механическая желтуха, развивающаяся вследствие блока дистального отдела гепатикохоледоха, является наиболее частым осложнением рака поджелудочной железы и, нередко, первым проявлением заболевания. Вопрос об одномоментной радикальной операции или предварительной декомпрессии желчных протоков должен решаться индивидуально, с учетом длительности желтухи, холангита, проявлений печеночной и полиорганной недостаточности. Способы декомпрессии на I этапе могут быть разнообразными: от простой холецистостомы (в том числе лапароскопической или под контролем УЗИ) до чрескожных гепатикохолангиостомий и эндопротезирования. При раке большого дуоденального соска предварительная декомпрессия может осуществляться путем папиллотомии. Предпочтение на I этапе должно быть отдано наружному дренированию, при выполнении билиодигестивных соустьев целесообразно производить гепатикоюноанастомоз с кишкой, отключенной по Ру не менее 100 см, что значительно сокращает сроки II этапа операции.

При выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) целесообразно иметь данные о состоянии регионарных лимфоузлов до этапа пересечения поджелудочной железы. При наличии в них метастазов, а также при низкодифференцированной опухоли поджелудочной железы радикальную операцию производить нецелесообразно, т.к. по средней продолжительности жизни больных она не имеет преимуществ перед паллиативной.

Узловым моментом, во многом определяющим ближайшие результаты операции, является выбор метода обработки культи поджелудочной железы. Основными критериями выбора являются состояние паренхимы поджелудочной железы («плотная, мягкая») и диаметр панкреатического протока. При благоприятных условиях (плотная железа, большой диаметр протока) возможно наложение продольного панкреатикоюноанастомоза. При неблагоприятном состоянии («мягкая» железа, малый диаметр протока) целесообразно производить наружное дренирование с последующей панкреатикоюностомией или окклюзией. При этом следует тщательно осуществлять гемостаз поджелудочной железы. При плотной железе и нормальном диаметре протока возможно наложение панкреатоеюно- и панкреатогастроанастомоза на дренаже-каркасе.

Сохранение пилорического отдела желудка при ПДР способствует появлению гастростаза, в связи с этим эту модификацию операции следует применять с осторожностью. Целесообразность операции должна определяться главным образом онкологическими принципами, этот вид ПДР

предпочтительнее выполнять у больных раком большого дуоденального соска и терминального отдела общего желчного протока, но не головки поджелудочной железы.

Для улучшения отдаленных результатов операции предполагается осуществлять лимфаденэктомию и неврэктомию области печеночно-двенадцатиперстной связки, аорто-кавального промежутка, селезеночной артерии. Оценить эффективность лимфаденэктомии позволят дальнейшие наблюдения.

Раздел 2. Гемангиомы печени.

Большинство гемангиом являются результатом ангиодисплазии и требуют динамического наблюдения (УЗИ, КТ, иммунологические маркеры). При динамическом наблюдении следует учитывать не только размеры, но и структуру образования. При малейших сомнениях в диагнозе для исключения рака следует производить прицельную чрескожную транспеченочную тонкоигольную пункцию с последующим цитологическим исследованием.

Абсолютным показанием к операции является быстрый рост гемангиомы и появление жалоб, развитие осложнений в виде инфицирования, разрыва или гемобилии. Гемангиомы больших размеров требуют пристального динамического наблюдения, что связано с возможностью их разрыва и развития нарушений свертывающей системы крови. При операциях следует стремиться к максимальному сохранению печеночной паренхимы. При разрыве гемангиомы и отсутствии условий для резекции печени следует произвести тугое тампонирующее без прошивания с последующей повторной операцией — резекцией печени. Хирургическое лечение гигантских гемангиом печени должно осуществляться в специализированных отделениях с использованием всех современных методов, снижающих риск операции и кровопотери, в том числе рентгеноэндоваскулярной эмболизации сосудов доли печени. Прямым показанием эндоваскулярной эмболизации является наличие вазобилиарного свища, приводящего к гемобилии.

Раздел 3. Травмы поджелудочной железы.

Лечение повреждений поджелудочной железы, являющихся следствием закрытой травмы или ранения, остается одной из трудных задач современной хирургии. Следует различать изолированные и сочетанные повреждения поджелудочной железы (повреждение желудка, 12-перстной кишки, селезенки, ободочной кишки и др. органов). До операции часто трудно диагностировать повреждения поджелудочной железы. Лапароскопия также не является специфическим методом диагностики. При лапаротомии необходима тщательная ревизия гематом области поджелудочной железы и забрюшинного пространства. При повреждении головки 12-перстной кишки следует произвести мобилизацию поджелудочно-двенадцатиперстного комплекса и осуществить ревизию желчных протоков. При изолированной травме поджелудочной железы хирургическая тактика зависит от тяжести и уровня повреждения паренхимы и Вирсунгова протока. При выявлении травм протока необходимо осуществить его наружное дренирование. При подозрении на травму панкреатического протока — осуществить дренирование сальниковой сумки. Единственным показанием к установлению тампона является невозможность установки паренхиматозного кровотока. При травме в области головки поджелудочной железы необходимо осуществить декомпрессию желчных протоков. При размождении стенок 12-перстной кишки необходимо произвести отключение кишки или, если позволяет операционная ситуация, в редких случаях — панкреатодуоденальную резекцию. Для улучшения результатов лечения, особенно в неясных диагностических наблюдениях, целесообразно осуществлять последовательные этапные операции с повторной ревизией области повреждения.