

Рефераты статей из иностранных журналов

Куратор раздела С. В. Готье

Составил А. В. Семенов

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

Abstracts from Current Medical Publications

Curator S. V. Gotier

Prepared by A. V. Semenov

Russian Research Center of Surgery RAMSci,

(Director-Academician RAMSci B.L. Konstantinov), Moscow

Печень (Liver)

Hilar Cholangiocarcinoma.

Patterns of spread, the importance of hepatic resection for curative operation, and a presurgical clinical staging system

E.C. Burke, M.D., W.R. Jarnagin, M.D., S.N. Huchwald, M.U., et al.

From the Hepatobiliary Service, Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York City, New York

Annals of Surgery, September 1998, V. 228, № 3, pp. 358-394.

Гилусная холангиокарцинома.

Способы распространения, важность резекции печени как метода радикального лечения и предоперационная клиническая диагностика стадии заболевания.

Целями данного исследования были определение резектабельности холангиокарцином ворот печени, анализ причин нерезектабельности и разработка дооперационного лечения холангиокарциномы ворот печени (на T-стадии развития опухоли) при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов. Проанализированы данные о 90 пациентах с холангиокарциномой ворот печени, наблюдавшихся в Мемориальном раковом центре Sloan-Kettering с 1 марта 1991 года по 1 апреля 1997 года. В качестве критериев рассматривали протяженность вовлечения в опухолевый процесс желчного протока, поражение портальных вен и выраженность атрофии печени.

У 21 пациента опухоль была признана нерезектабельной уже при первичной явке, у 39 пациентов - после выполнения лапаротомии, причем неоперабельность определялась метастазированием в 52% случаев и особенностями локального распространения опухоли — в 28% случаев. У 30 пациентов выполнена резекция всего объемного образования, у 25 из них (83%) краевая поверхность удаленной части печени (по результатам гистологического исследования) не содержала опухолевых элементов, 22-м пациентам выполнена резекция печени. Летальность в течение 30 дней послеоперационного периода составила 7%. Актуарное выживание в группе пациентов, у которых при морфологическом обследовании краевой зоны удаленной части печени не было обнаружено опухолевых элементов, превышало 60 месяцев. Использование классификации TNM в предоперационном периоде позволяло осуществлять селективный подход к терапии, предполагать возможность выполнения резекции и определять критерии прогнозирования.

Проанализировав полученные данные, авторы пришли к заключению, что у половины пациентов нерезектабельность в основном связана с внутрибрюшным метастазированием. Прогнозирование нерезектабельности на дооперационном этапе лечения базировалось на оценке обширности местного процесса, что однако не коррелировало с частотой поражения метастазами лимфатических узлов. Опухоль может быть резецирована с последующим длительным выживанием одной трети пациентов. Радикальность резекции определяется отсутствием опухолевых элементов в краевой зоне резекции удаляемой части печени, однако очевидно, что использование данного критерия возможно только после выполнения резекции печени. Точное определение T-стадии

процесса коррелирует с резектабельностью, необходимой для выполнения резекции печени и достижения максимальной длительности выживания пациентов.

Talorins the management of nonparasitic liver cysts

A.J. McKinley, M.B., Ch.B., E.J. Currie, M.D., P. Holmes M.B., Ch.B., et al.

From the University Department of Surgery, Royal Infirmary, Edinburgh, Scotland

Annals of Surgery, August 1998, V. 228, № 2, pp. 167-172.

Ушивание непаразитарных кист печени

Целью данной работы был выбор оптимального (с точки зрения безопасности и эффективности) метода лечения симптомозначимых непаразитарных кист печени. Произведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с кистами печени, находившихся в стационаре с октября 1988 года по август 1997 года с оценкой смертности и рецидивирования.

38 пациентам (35 жен., 3 муж.) по поводу кист печени, средний диаметр которых составлял 12 см, выполнено 45 оперативных вмешательств. Средние сроки наблюдения составили 41 месяц. 23 пациента имели солитарные кисты печени, 15 пациентов страдали ноликистой болезнью печени (ПКБП). Частота рецидивирования симптоматики после лапароскопической или открытой фенестрации одиночных кист составила 8 и 29%, а при ПКБП 71 и 20% соответственно. Рецидивирования не наблюдали у 14 больных после резекций печени. Смертность в послеоперационном периоде была значительной (25% после лапароскопической фенестрации, 36% после открытой фенестрации и 50% после выполнения резекции печени).

Проанализировав полученные результаты, авторы пришли к заключению, что диагностика симптомозначимости кист печени является решающей для постановки показаний к оперативному лечению. При одиночных кистах радикальная лапароскопическая фенестрация является обычным методом лечения. Фенестрация кист при лапаротомном доступе является резервным методом, когда это невозможно выполнить лапароскопически. Фенестрация кист хорошо переносится, однако не обеспечивает длительного надежного эффекта при ПКБП. Резекция при ПКБП обеспечивает длительное отсутствие симптоматики, однако сопровождается существенным повышением доли смертельных исходов. Таким образом, несмотря на то что выполнение фенестрации лапароскопическим или открытым доступом имеет менее надежные отдаленные результаты, при единичных кистах печени ее выполнение можно рассматривать как предпочтительный этап лечения до применения резекции печени.

Infernal bioartificial liver with xenogenic hepatocytes prevents death from acute liver failure

An experimental study

Vianney Roger, M.D., Pierre Balladur, M.D., Jiri Honiger, et al.

From Research Unit 402 of INSERM; the Department of Surgery, Pathology, and Hematology, & Hospital Saint-Antoine, Paris, France; the Laboratory of Cell Biology, Hospital Cochin, Paris, France; and the Department of Surgery, Hospital Ambroise Pare, Boulogne, Paris, France

Annals of Surgery, July 1998, V, 228, № 1, pp. 1-7.

Искусственная печень из ксеногенных гепатоцитов как метод предупреждения смерти от острой печеночной недостаточности

Экспериментальное исследование

Создание искусственной печени (путем введения изолированных гепатоцитов) является альтернативой ортотопической трансплантации печени при лечении пациентов с острой печеночной недостаточностью. Применение данной методики может стать как этапом лечения до выполнения трансплантации печени, так и основным методом лечения до восстановления собственной функции печени. Однако ограничением данной методики являлось спонтанное отторжение применяемых аллогенных или ксеногенных гепатоцитов.

Целью исследования была демонстрация возможности создания искусственной печени путем введения аллогенных или ксеногенных гепатоцитов, защищенных (от отторжения) полупроницаемой мембраной для предотвращения смерти пациентов от острой печеночной недостаточности. С целью решения поставленной задачи авторы исследования индуцировали у крыс острую пече-

ночную недостаточность, резецируя у них 95% объема печени. Двадцать пять миллионов аллогенных гепатоцитов, полученных от крыс или ксеногенных гепатоцитов, полученных от гвинейских свиней, инкапсулировали в полупроницаемую мембрану с целью предотвращения отторжения. Контейнеры с гепатоцитами помещали в брюшную полость крыс-реципиентов. В дальнейшем производили сравнение выживания крыс, которым имплантировали гепатоциты, с выживанием крыс, которым имплантацию не осуществляли.

В группе крыс, которым выполняли резекцию 95% объема печени без последующей имплантации гепатоцитов, погибло от 73 до 93% животных. В группе крыс, которым выполняли имплантацию гепатоцитов, доля смертности снижалась до 39% при имплантации аллогенных гепатоцитов и 36% при имплантации ксеногенных гепатоцитов. Искусственная печень могла быть удалена через месяц после имплантации, когда происходила регенерация собственной печени. При исследовании удаленного имплантата в нем обнаруживали жизнеспособные гепатоциты.

Проанализировав полученные результаты, авторы исследования пришли к заключению, что имплантация искусственной печени являлась методом, способным предотвратить смертельный исход в условиях моделирования острой печеночной недостаточности. Проведение данного исследования является важным шагом к внедрению данной методики в клиническую практику.

The changing spectrum of treatment for variceal bleeding

Layton F. Rikkers, M.D.

**From the Department of Surgery, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
Annals of Surgery, October 1998, V. 228, № 3, pp. 536-546.**

Изменение спектра методов лечения кровотечения из варикозно расширенных вен

Эффективность лечения пациентов с кровотечением на фоне портальной гипертензии существенно изменилась за последние 2 десятилетия, когда такие методики, как эндоскопическое лечение, трансплантация печени и трансъюгулярное интрапеченочное портосистемное шунтирование (ТИПШ) стали удачной альтернативой деваскуляризации и портосистемному шунтированию.

Целью данного исследования является анализ 18-летнего опыта одного хирурга в области хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен с оценкой влияния на его эффективность внедрения в клиническую практику эндоскопической терапии, трансплантации печени и ТИПШ. Автор анализирует результаты хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен на фоне портальной гипертензии у 263 пациентов (с 1978 по 1996 гг.). Автор выделяет 4 периода по времени внедрения новых методик лечения: 1) портосистемного шунтирования и деваскуляризации; 2) эндоскопической терапии; 3) трансплантации печени; 4) трансъюгулярного интрапеченочного портосистемного шунтирования. На протяжении всех четырех периодов параллельно с внедрением новых методик выполняли селективные шунтирующие операции, такие как дистальный спленоренальный шунт (ДСРШ), неселективное шунтирование и эзофагогастральную деваскуляризацию. Наиболее частыми показаниями к выполнению неселективного портосистемного шунтирования и эзофагогастральной деваскуляризации являлись диуретикорезистентный асцит и портальный тромбоз. Большинству других пациентов выполняли ДСРШ.

Риск-статус пациентов (Child класс), подвергавшихся хирургическому лечению прогрессивно улучшался ($p = 0.001$) на протяжении 4-х периодов, в то время как необходимость в экстренном хирургическом лечении уменьшалась ($p = 0.002$). Процент выполнения операций по неселективному шунтированию уменьшался в связи с расширением возможностей лечения при эпизодах острого кровотечения (склеротерапия ТИПШ) и появлением новых методик лечения прогрессирующих заболеваний печени, осложненных асцитом (трансплантация, ТИПШ, $p = 0.009$). Во все периоды операционная смертность главным образом коррелировала с риск-статусом пациентом (Child класс): А - 2.7%, В - 7.5%, С - 26.1% ($p = 0.001$). С момента, когда стали применять хирургическое лечение у большего количества сохраненных пациентов, частота послеоперационной энцефалопатии уменьшилась ($p = 0.015$), а длительное выживание увеличилось ($p = 0.012$), особенно когда трансплантация печени сделала возможным спасение пациентов с печеночной недостаточностью, развившейся после предшествующего хирургического лечения. На протяжении всех периодов не было обнаружено разницы в количестве повторных кровотечений или окклюзии

шунтов. Было выявлено, что дистальный спленоренальный шунт ($p = 0.004$) и неселективное шунтирование ($p = 0.001$) в большей степени защищают от повторного кровотечения, чем эзофагогастральная деваскуляризация.

Таким образом, последовательное введение в клиническую практику эндоскопической терапии, трансплантации печени и ТИПШ привели к улучшению результатов лечения (продолжительность выживания и качество жизни) пациентов, которым выполняли хирургическое вмешательство по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен. Однако, несмотря на широкое применение вышеуказанных методик, портосистемное шунтирование и эзофагогастральная деваскуляризация остаются важными и эффективными методами выбора при кровотечении, вторичным к портальной гипертензии.

Long-term results of pediatric liver transplantation

An analysis of 569 transplants

John A. Goss, M.D., Christopher R. Shackleton, M.D., Sue V. McDiarmid, M.D. et al.

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

Annals of Surgery, September 1998, V. 228, №3, pp. 411-420.

Отдаленные результаты трансплантации печени в педиатрической практике

Анализ 569 трансплантаций

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику, пересадка печени остается последним способом лечения детей, страдающих конечными стадиями болезней печени. Появление новых хирургических методик и улучшение качества иммуносупрессии расширили возможность применения трансплантации печени. Несмотря на это, до настоящего момента возможность выполнения трансплантации печени у детей ограничена по причине дефицита донорских органов, сложности выполнения оперативного вмешательства и необходимости предотвращения осложнений в отдаленном периоде.

Авторами статьи произведен анализ 13-летнего опыта одного центра по выполнению 569 ортотопических трансплантаций печени (ОТП) у детей с конечной стадией заболеваний печени. С этой целью выполнена оценка данных о 440 пациентах моложе 18 лет, которым была выполнена ОТП в период с 20 марта 1984 года по 15 ноября 1997 года. Произведен статистический анализ данных по методике Кокса. Определяли актуарное выживание пациентов и трансплантатов на 1, 3,5 и 10 годы после трансплантации. Были определены характер и доля послеоперационных осложнений, при одновременном определении функции трансплантата в позднем послеоперационном периоде. Плановый контроль за состоянием пациентов в среднем составлял 4.1 года после трансплантации.

По данным авторов, билиарная атрезия была наиболее частой причиной (50.4%) развития терминальной стадии поражения печени в данной популяции пациентов. Средний возраст пациентов составлял 2.4 года; 239 пациентов (54%) были младше 3-х лет и 111 пациентов (25%) были младше 1 года. В 471 случае произведена пересадка целого органа, в 29 случаях пересадка редуцированной *ex vivo* печени, в 33 случаях трансплантация от живого родственного донора, в 36 случаях выполнена "сплит" аллотрансплантация. У 343 (78%) пациентов трансплантацию выполняли один раз, в то время как у 97 пациентов потребовалось выполнение ретрансплантаций; тромбоз печеночной артерии был наиболее частой причиной необходимости ее выполнения (55 пациентов). 1-, 3-, 5-и 10-годовое актуарное выживание составило 82%, 80%, 78% и 76%, соответственно. Доля сохранения трансплантата составила 68%, 63%, 60% и 54%, соответственно. Длительная функция трансплантата оставалась хорошей: средний уровень общего билирубина и АСТ составляли 0.5 mg/dL и 54 Е/л соответственно. Мультивариантный регрессивный анализ Кокса продемонстрировал, что общее развитие трансплантологии, количество выполненных трансплантаций печени, возраст пациента к моменту выполнения трансплантации позволяют достаточно точно предсказывать долю выживания пациентов, в то время как тип трансплантации и диагноз пациента существенно на нее не влияют.

Таким образом, трансплантация печени в педиатрической практике является сложной и продолжительной процедурой, которая обеспечивает длительное выживание пациентов. Несмотря на

то, что с накоплением опыта наблюдается улучшение результатов у всех категорий пациентов, эффективность трансплантации наиболее очевидна при выполнении ее детям, моложе года. Применение трансплантации печени от живого родственного донора и "сплит" трансплантации *in situ* существенно уменьшило время ожидания донорского органа для маленьких детей и увеличило продолжительность их выживания.

Желчные пути (Bile ducts)

Laparoscopic cholecystectomy: day-care versus clinical observation

Yolande Kaulemans, Ph.D., Jan Eshues, M.D., Hanneke de Haes, Ph.D.

From the Departments of Surgery, Anaesthesiology, and Medical Psychology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Annals of Surgery, December 1998, V. 228, № 6, pp. 734-740.

Лапароскопическая холецистэктомия: стационар одного дня или наблюдение в клинике

В Соединенных Штатах Америки, в отличие от стран Европы, лапароскопическая холецистэктомия регулярно выполняется как амбулаторная процедура у пациентов с неосложненной желчнокаменной болезнью. Главные возражения возникали из-за риска развития ранних тяжелых осложнений (кровотечение). Противники амбулаторного выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХ) в качестве аргумента приводили тот факт, что пациенты после выполнения ЛХ чувствуют себя не большей безопасностью, когда проводят ночь после операции в стационаре. Разница в качестве жизни после выполнения ЛХ в стационаре одного дня или ее выполнения в условиях клиники до сих пор не исследована.

Авторы данного исследования поставили перед собой задачу выяснить целесообразность и возможность выполнения ЛХ в стационаре одного дня в сравнении с ее выполнением в условиях обычного стационара. Для этого произвольно отобрано 80 пациентов (I и II групп по классификации Американского Общества Анестезиологов (АОА)) с симптомами желчнокаменной болезни которым выполняли ЛХ как в условиях стационара одного дня, так и при более длительном наблюдении пациентов. Произведена оценка частоты повторных госпитализаций, консультаций ведущих врачей или обращения в стационары одного дня в течение 4 дней послеоперационного периода, времени освобождения от трудовой деятельности и различные виды терапии, а также качества жизни и периода реконвалесценции. Произвели сравнительную оценку стоимости лечения в стационарах одного дня и обычных стационарах.

Из 37 пациентов, пролеченных в стационаре одного дня, 92% пациентов были успешно выписаны через 5.7 ± 0.2 ч. Остальные пациенты из этой группы были задержаны в стационаре и срок их госпитализации увеличился до 24 ч.

У 37 пациентов, госпитализированных в стационар для выполнения оперативного вмешательства, сроки пребывания в стационаре после выполнения вмешательства составляли 31+3 ч.

У 3 пациентов из стационара одного дня и у пациента, госпитализированного в обычный стационар наблюдали осложнения в послеоперационном периоде. Ни один из пациентов в обеих группах не обращался за консультацией в курирующее учреждение или к ведущим специалистам стационаров в течение одной недели после выполнения оперативного вмешательства. Произведено сравнение частоты использования обезболивающих средств в обеих группах в течение 48 ч после операции. Разницы в интенсивности болевых ощущений и других показателях качества жизни в двух группах на протяжении 6 недель после выполнения оперативного вмешательства обнаружено не было.

В группе пациентов, находящихся на лечении в стационарах одного дня, 92% пациентов предпочитали данный вид лечения госпитализации в обычный стационар. Такой же процент пациентов, госпитализированных в обычный стационар, менее чем за 24 ч их пребывания в обычном стационаре высказывали предпочтение госпитализации в стационар одного дня. Стоимость лечения в стационаре одного дня была существенно ниже, чем в обычном стационаре.

Таким образом, авторы приходят к заключению, что эффективность лечения в обеих группах одинаково высока. Не было обнаружено различия и в других результатах, в связи с чем признано

более предпочтительным лечение пациентов I и II групп по классификации АОА в стационарах одного дня, так как этот вид лечения менее дорогостоящ.

Bile duct cysts in adults

A Multi-institutional retrospective study

J.P. Lenriot, M.D., FACS, J.F. Gigot, M.D., Ph.D., Segol, M.D., et al.

From the Departments of Surgery, Centre Hospitalier Longjumeau, France; Department of Digestive Surgery, Cliniques Univeritaires Saint Luc, Bruxelles, Belgium; Department of Digestive Surgery, Centre Hospitalo-Universitaire de Caen, France; Department of Surgery, Hopital Henri Mondor Creteil, France; Department of Surgery, Centre Hospitalier Intercommunal Poissy; and the Department of Surgery, Centre Medico-Chirurgical Schirurgical Schiltigheim, France

Annals of Surgery, August 1998, V. 228, № 2, pp. 159-166.

Кисты желчного протока у взрослых

Ретроспективный анализ результатов различных клиник

Кисты желчного протока - редкое для западных стран заболевание, и наибольшее количество сообщений о них приходят из стран Азии.

Японские авторы придают особое значение сочетанию расширения вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков, однако градация, базировавшаяся на классификации, предложенной Tanada, часто не позволяла точно дифференцировать типы кист. Кроме того, несмотря на частое удаление внепеченочных кист, отдаленные результаты у пациентов с вовлечением внутривнутрипеченочных желчных протоков мало изучены.

Произведен анализ данных о пациентах, которым выполняли хирургическое вмешательство по поводу кист желчного протока, с учетом анатомии билиарного дерева.

42 взрослых пациента, страдавших кистами желчного протока, было пролечено с 1980 по 1992 годы в 17 институтах Французской Ассоциации Научной Хирургии. Оценивались клиническая и рентгенологическая картина в предоперационном периоде, а также методика выполнения хирургического вмешательства.

У 12 пациентов (30%) с детства наблюдали рецидивирующие боли в животе или желтуху. У 7 из них первично выполнили холецистэктомию. У 21 (50%) диагностировали кисты типа IVA (по классификации Tanada) с поражением внутри и внепеченочных желчных протоков. У 9 из них диагностировано расширение внутривнутрипеченочных желчных протоков исключительно слева. Билиарная карцинома была обнаружена у пяти пациентов (12%). Эксцизию экстрапеченочных кист с выполнением гепатикоэюностомии с петлей кишки, выполненной по Roux-en-Y, выполнили у 34 пациентов с I или IV типом кист. Общая операционная смертность составила 2.4%. Отдаленные результаты часто коррелировали с типом кист: на протяжении следующих 8.4 лет (в среднем), 11 из 12 пациентов (92%), которым выполняли эксцизию кист I типа, не наблюдали рецидива симптоматики, в то время как 31% пациентов, которым выполняли оперативное вмешательство по поводу наличия кист IV типа, имели эпизоды тяжелого холангита на фоне гепатиколитиаза.

Таким образом, особого внимания требуют пациенты с сочетанным расширением вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков. Авторами предложена модификация классификации Tanada, подразумевающая разделение IV типа кист билиарного дерева на сегментарную и сливную формы. Для уменьшения количества поздних послеоперационных осложнений со стороны билиарного дерева у пациентов с расширением желчных протоков левой доли печени признано целесообразным выполнение левосторонней лобэктомии в сочетании с удалением внепеченочных кист.

Towards T-tube free laparoscopic bile duct exploration

A methodologic evolution during 300 consecutive procedures

I.J. Martin, MB, ChB, FRCS, I.S. Bailey, M.D., ChB, FRCS, M. Rhodes, N. O'Rourke, MBBS, FRACS et al.

From the Royal Brisbane and Wesley Hospitals, Brisbane, Queensland, Australia

Annals of Surgery, July 1998, V. 228, № 1, pp. 29-34.

К лапароскопическому исследованию гепатикохоледоха без T-образного дренажа

Эволюция методики на протяжении 300 последовательно выполненных процедур

Для большинства общих хирургов лапароскопическое исследование общего желчного протока представляется чрезмерно сложной диагностической процедурой. С момента внедрения в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии многие хирурги использовали эндоскопическую холангиографию (ЭХГ) и эндоскопическую сфинктеротомию как единственные методы диагностики и лечения камней желчного протока. ЭХГ более часто выполняется после удаления камней из желчного протока, однако ее выполнение сопряжено с заметным увеличением числа осложнений и увеличением доли вторичных вмешательств, связанных с холедохолитиазом. В последнее время было разработано несколько методик лапароскопического исследования общего желчного протока.

Авторы поставили перед собой задачу выбора наиболее технически простой и безопасной методики лапароскопического исследования общего желчного протока, позволяющей получать наилучшие результаты при низкой доле смертности и осложнений.

Изучены данные о 300 пациентах, которым с августа 1991 по февраль 1997 года выполняли лапароскопические манипуляции на общем желчном протоке. У 173 (58%) из 300 пациентов при выполнении исследования доступ осуществляли через пузырный проток, а у 127 (42%) выполняли холедохотомию. Камни были удачно удалены лапароскопически у 271 пациента (90%). У 29 пациентов (10%) не удалось лапароскопически удалить камни, в связи с чем у 10 из них выполняли дополнительную эндоскопическую холангиографию в послеоперационном периоде, у 12 выполняли открытое извлечение камней, у 7 сохранились не выявленные при исследовании камни. Наблюдался один летальный исход (0.3%), в тяжелом состоянии находилось 22 пациента (7%). Последние 100 процедур были выполнены с июля 1995 по февраль 1997 года. В данной серии наблюдений попытка удаления камней была неудачной только у двух пациентов.

Таким образом, лапароскопическая экстракция камней из общего желчного протока корзинкой через пузырный проток под рентгенологическим контролем является быстрой, эффективной и безопасной методикой. Выполняемая при необходимости холедохотомия, сочетается с большей долей осложнений (особенно при постановке T-образного дренажа), в связи с чем авторы исследования являются сторонниками первичного закрытия желчного протока с постановкой билиарного стента или без него как наиболее удачной для хирурга и пациента методики. Наибольшее количество пациентов с камнями желчного пузыря и общего желчного протока могут быть извлечены путем выполнения одноэтапной лапароскопической процедуры без необходимости выполнения в дальнейшем наружного желчного дренирования или эндоскопического дренирования.

Laparoscopic ultrasound enhances standard laparoscopy in the staging of pancreatic cancer

E.A. Minnard, M.D., K.C. Conlon, M.D., A. Hoos, M.D.

From the Department of Surgery and Radiology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York City, New York

Annals of Surgery, August 1998, V. 228, № 2, pp. 182-187.

Повышение качества стандартного лапароскопического исследования при его сочетании с ультразвуковым исследованием при раке поджелудочной железы

Лапароскопическое исследование лишь с недавних пор стали применять как ценную диагностическую методику для определения стадии рака поджелудочной железы. Авторами статьи было предложено комбинировать стандартное лапароскопическое исследование с лапароскопическим ультразвуковым исследованием (ЛУЗИ) для увеличения точности этой диагностической процедуры.

За 27-месячный период 90 пациентов, страдающих раком поджелудочной железы, были обследованы с использованием лапароскопического и лапароскопического ультразвукового исследований. Лапароскопический ультразвуковой аппарат был оснащен изогнутым и линейным трансдюсерами (6-10 MHz).

Средний возраст пациентов составлял 65 лет (от 43 до 85 лет). У 64 пациентов был рак головки поджелудочной железы, у 19 - тела, у 3 - хвоста поджелудочной железы. С помощью ЛУЗИ было возможным визуализировать первичный рак (98%), портальную вену (97%), верхнюю брыжеечную вену (94%), печеночную артерию (93%) и верхнюю брыжеечную артерию (93%). ЛУЗИ было особенно полезным в определении вовлечения в опухоль венозных (42%) и артериальных (38%) сосудов. Полученные результаты изменили хирургическую тактику у 13 (14%) из 90 пациентов, результаты стандартного лапароскопического исследования у которых были сомнительными.

Полученные результаты позволили авторам сделать вывод о несомненной целесообразности применения в клинической практике ЛУЗИ. Метод признан полезным для оценки опухоли и перипанкреатической сосудистой анатомии. В случае, когда данные стандартного лапароскопического исследования сомнительны, ЛУЗИ позволяет точно определить резектабельность опухоли. Комбинация стандартного лапароскопического исследования и ЛУЗИ позволяет детализировать оценку стадии рака поджелудочной железы.

Factors predictive of survival in ampullary carcinoma

J.R. Howe, M.D., D.S. Klimstra, M.D., R.D. Moccia, B.L.

From the Division of Surgical Oncology, University of Iowa Hospitals and Clinics, and the Departments of Pathology and Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York

Annals of Surgery, July 1998, V. 22K, № I, pp. 87-94.

Критерии прогноза выживания при ампулярной карциноме.

Прогноз у пациентов с опухолью Фатерова сосочка более благоприятен относительно других периапулярных новообразований. Определение независимых прогностических факторов при ампулярных опухолях было затруднено в связи с небольшим количеством наблюдений и недостаточным количеством патологоанатомических обзоров.

В данной работе представлен обзор опыта мемориального ракового центра Sloan-Kettering в лечении аденокарцином Фатерова сосочка с определением клинико-патологических факторов, влияющих на выживание пациентов.

Авторами собраны и проанализированы данные о пациентах с периапулярными карциномами, поступивших в мемориальный раковый центр Sloan-Kettering с 15 октября 1983 по 30 июня 1995 года. Анализ корреляции между клинико-патоморфологическим вариантом ампулярной карциномы и выживанием пациентов производили по методике Каплана-Мейера и методике Кокса. Анализ выживания пациентов с периапулярной карциномой производили по методу Каплана-Мейера.

Из 123 пациентов с ампулярной карциномой опухоль была резецирована у 101 (82.1 %). Факторами, значительно коррелировавшими с увеличением выживания были: резектабельность ($p < 0.01$), и при резектабельности опухолей, отсутствие поражения лимфатических узлов ($p = 0.04$) и отсутствие опухолевых элементов в краевой зоне резекции ($p = 0.02$). Наибольшую долю резектабельности и более длительное выживание пациентов наблюдали при ампулярных карциномах относительно всех периапулярных карцином.

Таким образом, факторами, прогнозирующими улучшение выживания при ампулярных карциномах признаны резектабельность, отсутствие опухолевых элементов по линии резекции и отсутствие поражения лимфатических узлов. Увеличение выживания пациентов с ампулярной карциномой относительно периапулярной карциномы связано с их более реальной резектабельностью.

Поджелудочная железа (Pancreas)

Bouridement and closed packing for the treatment of necrotizing pancreatitis

Carlos Fernandez (del Castillo, M.D., David W. Rattner, M.D., Martin A. Makary, M.D. et al.

From the Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Annals of Surgery, November 1998, V. 228, № 5, pp. 676-684.

Роль некросеквестрэктомии и закрытого ведения в лечении деструктивного панкреатита

Целью данного исследования была оценка результатов некросеквестрэктомии и "закрытого" ведения, а также определение оптимального момента выполнения хирургического вмешательства по поводу деструктивного панкреатита.

С февраля 1990 по ноябрь 1996 года у 64 пациентов с деструктивными панкреатитами выполняли некросеквестрэктомию с глухим ушиванием каверны и дренированием ее дренажами Пенроса и Джексона-Пратта.

Средняя оценка по шкале АРАСНЕ II сразу после операции составляла 9 и у 31% пациентов имела место органная дисфункция. Оценка полученных результатов включала в себя анализ летальности и осложнений, а также выяснение корреляции с моментом выполнения оперативного вмешательства.

Хирургическое вмешательство выполняли в среднем через 31 день после постановки диагноза. У 56% пациентов имел место инфекционный некроз. Летальность при асептическом и инфекционном некрозе составила 6.2%. Разницы в доле смертельных исходов не было обнаружено. У 11 пациентов потребовалось выполнение повторного хирургического вмешательства, у 13 пациентов выполнено чрескожного дренирование. У 69% пациентов выполнение единственного хирургического вмешательства оказалось достаточным. Тонкокишечный свищ имел место у 16% пациентов. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре после выполнения хирургического вмешательства составляла 41 день, а время до возвращения к обычной профессиональной деятельности 147 дней. Анализ корреляции между продолжительностью панкреатита и результатами его лечения выявил улучшение результатов при выполнении вмешательства на 27 сутки после его начала.

Таким образом, некросеквестрэктомия при панкреонекрозе с последующим ушиванием ложа поджелудочной железы и его дренированием позволяли добиваться низкой доли смертности, уменьшения количества осложнений и повторных хирургических вмешательств. Несмотря на то, что вмешательство лучше откладывать до завершения демаркации некроза, отсрочка операции на срок свыше 4-х недель не приносит дополнительной пользы.

Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas

Imaging studies and treatment strategies

Masanori Sugiyama, M.D., Yutaka Atomi, M.D. From the First Department of Surgery, Kyorin University School of Medicine, Tokyo, Japan

Annals of Surgery, November 1998, V. 228, № 5, pp. 685-691.

Внутрипротоковые сосочковые слизеобразующие опухоли поджелудочной железы

Изучение видов и лечебная тактика

При внутрипротоковой сосочковой слизеобразующей опухоли поджелудочной железы (ВССОПЖ) провести дифференциальный диагноз между аденомой и аденокарциномой часто достаточно трудно. На сегодняшний день стандартный метод лечения и данные патоморфологических исследований отсутствуют.

Авторами проанализированы клинико-патоморфологические и диагностические особенности, а также прогноз ВССОПЖ с целью определения критериев злокачественности и установления оптимальной лечебной тактики.

Изучены данные о 41 пациенте, подвергшемся хирургическому лечению по поводу ВССОПЖ. У 15 пациентов диагностирована аденома, у 26 - аденокарцинома. Основной проток был поражен у 13 пациентов, у 16 были поражены ветви основного протока, а у 12 наблюдали комбинированный тип поражения. При злокачественных ВССОПЖ глубокая инвазия была обнаружена в 62% случаев, а метастазирование в лимфатические узлы у 23% пациентов (перипанкреатические узлы у 19%, отдаленные узлы у 4%). Опухоли с интрамуральными узлами (86%) (сосочковые выросты внутри расширенных основного или дополнительного протоков, диаметр которых ≥ 3 мм) значительно чаще являлись карциномами, чем опухоли без интрамуральных узлов (37%). Среди ВССОПЖ, при диаметре просвета основного панкреатического протока >15 мм или диаметре опухоли >30 мм, превалировали аденокарциномы. Опухоли всех пяти ветвей протока, менее 30 мм

в диаметре без узлов в просвете протоков были аденомами. Однако внешний вид опухолей не позволял во всех случаях точно отличать аденокарциномы от аденом. Выполнение резекции было возможным во всех случаях аденом и в 88% случаев аденокарцином. Пятилетнее выживание пациентов с аденомами и аденокарциномами составляло 100 и 82%, соответственно.

ВССОПЖ имеет благоприятный прогноз, невзирая на наличие глубокой инвазии или метастазирования в лимфатические узлы. При ВССОПЖ необходима диссекция перипанкреатических лимфатических узлов в сочетании с полным удалением опухоли. Диссекцию лимфоузлов можно не выполнять при опухоли, расположенной и ветвях основного протока, если ее диаметр не превышает 30 мм и отсутствует интрамуральный узел в стенке протока.

Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis

A prospective randomized trial comparing the longitudinal pancreaticojejunostomy combined with local pancreatic head excision with the pylorus-preserving pancreatoduodenectomy

J.R. Izbiaki, M.D., C. Bloechle, M.U., U.C. Broering, M.D., W.T. Knoefel, M.D., T. Kuechler, M.D., C.E. Broelsch, M.D., FACS

**From the Department of Surgery, University of Hamburg, Hamburg, (ierniany, and the Section of Medical Psychology of the Department of Surgery, University of Kiel, Kiel, Germany
Annals of Surgery, December 1998, V. 228, № 6, pp. 771-779.**

Широкое дренирование или резекции при хроническом панкреатите

Рандомизированный анализ применения протяженной панкреатикоюностомии в сочетании с локальной резекцией поджелудочной железы в сравнении с панкреатодуоденальной резекцией с сохранением пилоруса

На основании гипотез генеза боли при хроническом панкреатите (гипертензия в протоколе поджелудочной железы, периневральная воспалительная инфильтрация) на сегодняшний день определены основные принципы хирургического лечения хронических панкреатитов.

Авторами проанализированы данные о 61 пациенте, подвергнутом хирургическому лечению с локальным иссечением головки поджелудочной железы (ПЕЛИГ) – у 31 пациента, пилорус-сохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПСПДР) - у 30 пациентов. Интервал между появлением симптоматики и выполнением хирургического вмешательства колеблется от 12 мес. до 10 лет (в среднем 5.1 лет). В добавление к рутинной диагностике панкреатита пациенты заполняли психометрические анкеты с целью выяснения качества жизни, а также производилась балльная оценка боли. Эндокринная и экзокринная функции оценивались путем определения толерантности к перорально принятой глюкозе, концентрации сывороточного инсулина, С-пептида и HbA1C также определением фекального химотрипсина и выполнением панкреолаурил-теста.

На протяжении в среднем 24 мес. (от 12 до 36 мес.) после хирургического вмешательства производили повторные осмотры пациентов с оценкой их состояния в амбулаторных условиях.

Один пациент, которому выполнили ПЕЛИГ, умер от сердечно-сосудистой недостаточности (3.2%). Среди пациентов, которым выполняли ПСПДР, смертей не было. Доля госпитальных осложнений составляла 19.4% у пациентов с ПЕЛИГ и 53.3% у пациентов с ПСПДР, включая гастростаз у 9 из 30 пациентов (30%; $p < 0.05$). Осложнения хронического панкреатита исчезли у 93.5% пациентов, которым выполнили ПЕЛИГ и у 100% пациентов, которым выполнили ПСПДР. Интенсивность боли уменьшилась у 94% пациентов после выполнения ПЕЛИГ и к 95% после ПСПДР. Общее качество жизни улучшилось у 71% пациентов после ПЕЛИГ и у 43% после ПСПДР ($p < 0.01$).

Таким образом, авторы исследования пришли к заключению, что обе процедуры в равной мере эффективны и облегчении боли и окончательно купируют осложнения хронического панкреатита, однако протяженное дренирование путем выполнения ПЕЛИГ обеспечивает лучшее качество жизни, чем выполнение ПСПДР.