

ХРОНИКА

Резолюция VII Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Смоленск, Россия, 14-16 октября 1999 г.

VII International Congress of Surgeon-Hepatologists of Russia and CIS Countries October 14-16, 1999, Smolensk. Resolution

Холангит

Особенности клинического течения острого холангита связаны с развитием его в подавляющем большинстве случаев на фоне механической желтухи (МЖ). МЖ вызывает колонизацию и транслокацию кишечных бактерий, эндотоксемию, снижение функции печеночных и купферовских клеток, нарушение фильтрации воротной крови, системную токсемию, активацию макрофагов, продукцию цитокинов и активацию нейтрофилов. Помимо этого, при МЖ возникает ишемия печени, снижение портального кровотока, сброс значительной массы портальной крови в общий круг кровообращения. Присоединение инфекции желчных путей (ЖГТ) "проявляет" имеющиеся нарушения, что объясняет быстрое развитие холангита и перехода его в билиарный сепсис, нередко отмечается молниеносное течение холангита с развитием милиарных абсцессов, органной и полиорганной недостаточности.

Диагноз острого холангита ставится на основании характерных симптомов (желтуха, подъемы вечерней температуры, ознобы, резкая потливость, особенно по ночам и др.).

Скрининговым методом является УЗИ, при котором в первую очередь должна быть оценена ширина общего желчного протока, наличие камней в желчном пузыре и холедохе, наличие образований, препятствующих нормальному току желчи. При ширине холедоха более 8-9 мм встает вопрос о проведении ЭРПХГ. Ценную информацию дает прямой осмотр желчных протоков при транспапиллярной холангиоскопии.

При холангите РПХГ следует проводить с одновременной декомпрессией общего желчного протока, в противном случае сама процедура способствует прогрессированию холангита. Введение контрастного вещества под большим давлением в холедох недопустимо, так как это усиливает проявление инфекции и способствует прогрессированию воспаления в желчном пузыре. Во всех случаях после РПХГ, даже если успешно произведена декомпрессия холедоха, следует быть готовым к проведению операции. При возможности проведения малоинвазивной декомпрессии холедоха (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холедохотомия, холедохотомия из минидоступа) консервативная терапия допустима лишь в течение короткого промежутка времени для подготовки больного. Декомпрессия является единственным радикальным способом борьбы с холангитом. Промедление с декомпрессией чревато новыми грозными осложнениями. При отсутствии малоинвазивных методов декомпрессия должна быть проведена с помощью "открытой" операции.

Консервативная терапия не должна быть альтернативным способом. Лечение больного, наряду с декомпрессией, должно включать антибактериальную терапию современными препаратами, обеспечивающими направленное воздействие на грамотрицательную и анаэробную микрофлору. Иммунокорректирующее лечение целесообразно только в виде иммунозаместительной терапии без применения иммуностимуляторов.

Рефлюкс-холангит возникает при нарушении автономии желчных протоков: при широкой папиллосфинктеротомии или наложении билиодигестивных анастомозов. Чем проксимальнее на-

ложен билиодигестивный анастомоз, тем вероятнее развитие рефлюкс-холангита. Большую роль в развитии рефлюкс-холангита играет слепой мешок, образующийся в дистальном отделе холедоха после формирования холедоходуоденоанастомоза при плохой проходимости БДС. Лучшие результаты среди билиодигестивных анастомозов дает анастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки длиной 50-70 см. Он обеспечивает относительную автономность желчно-выделительной системы.

Сорбционные методы лечения не должны вести к отсрочке операции, их применение до операции оправдано лишь у самой тяжелой категории больных для снятия угрожающей интоксикации. Диффузное милиарное абсцедирование является одним из самых грозных осложнений холангита. К сожалению, в настоящее время не существует клинических и инструментальных признаков, способных достоверно указывать на эту форму острого холангита. Прогноз у таких больных крайне неблагоприятен. Санация желчных путей и антибиотикотерапия, в том числе регионарная, даже современными средствами, редко приводят к успеху. При расположении абсцессов в одной доле печени оправдана резекция пораженной доли печени. Однако результаты такой операции также, как правило, не благоприятны.

Абсцессы печени

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа больных с абсцессами печени. Это обусловлено увеличением числа пострадавших, имеющих тяжелую травму печени с обширными ушибами паренхимы и нарушением целостности внутрипеченочных желчных структур, высокой переживаемостью этих пострадавших в раннем посттравматическом периоде, а также с изменением социально-экономических условий, что привело к снижению иммунитета и росту гнойно-септических заболеваний с развитием метастатических абсцессов печени.

Клинические проявления абсцессов печени минимальны: гипертермия, увеличение размеров печени, что зависит от локализации и величины абсцесса, в некоторых случаях развиваются признаки печеночно-почечной недостаточности.

Последовательность применения инструментальных методов исследования предполагает оценку не только печени, но и обязательное обследование других органов грудной клетки и брюшной полости, а при травме — опорно-двигательного аппарата.

Рентгенологический метод позволяет выявлять не только прямые, но и косвенные признаки абсцессов печени: высокое стояние диафрагмы, ограничение ее подвижности, наличие жидкости в плевральной полости, увеличение размеров печени, редко - уровень жидкости в полости абсцесса.

Ультразвуковое исследование, дополненное дуплексным сканированием, позволяет неинвазивно, быстро и достаточно достоверно оценить состояние паренхимы, сосудистых и желчных структур, выявить локализацию объемных образований, определить их структуру, проводить дифференциальную диагностику между гематомой, ложной артериальной аневризмой и билио-гематомой. Определение объемного кровотока по воротной вене позволяет прогнозировать развитие печеночно-почечной недостаточности, особенно при очаговых некрозах печени на фоне полиорганной недостаточности и резко сниженного иммунитета.

При компьютерной томографии оценивается состояние структуры печени и прилегающих органов в целом, локализация и объем гнойных очагов, их расположение по отношению к долевым и сегментарным сосудисто-секреторным структурам.

Комплексное ультразвуковое и компьютерно-томографическое обследование позволяет достоверно выявлять солитарные и множественные абсцессы печени, избрать способ лечения.

Дренажирование абсцессов печени осуществляют под ультразвуковым или, реже, компьютерно-томографическим контролем, с обязательной интраоперационной фистулографией после эвакуации содержимого гнойника. При промывании полости абсцесса, помимо известных антисептических растворов, целесообразно использовать гипохлорид натрия и другие оксигенирующие среды.

Динамическое ультразвуковое наблюдение за размерами и содержимым полости в печени, нормализация температуры, уменьшение размеров печени, другие клинические и лабораторные данные указывают на эффективное лечение. В случае сохранения гипертермии, выявлении плохого опорожнения полости гнойника необходимо его дополнительное дренирование трубкой большего диаметра с последующей контрольной фистулографией.

Эффективность дренирования абсцесса печени под ультразвуковым контролем достигает 98%. Неудачи наблюдаются при наличии обширных полостей неправильной формы, а также больших зон некроза. Этим больным, несмотря на тяжесть состояния, показано ранее оперативное лечение с обязательной интраоперационной ультразвуковой оценкой имеющихся изменений и фистулографией.

Кровотечение из полости абсцесса печени, наличие гемобилии диктуют необходимость выполнения ангиографии и рентгенэндоваскулярного гемостаза. При неэффективности этих процедур показана вынужденная резекция пораженной части печени. Исходы таких вмешательств очень часто неблагоприятны.

Лечение множественных абсцессов печени дренированием под ультразвуковым контролем также, как правило, эффективно. Если это не удастся, показана операция, желательна в профильном учреждении.

Допустимы попытки дренажного лечения больных с нагноившимися эхинококковыми кистами под ультразвуковым контролем. При этом обязательно проведение антипаразитарных мероприятий, обеспечивающих уничтожение эхинококка. Отсутствие убедительных данных, свидетельствующих о благоприятном течении заболевания, является показанием к известным методам оперативного лечения.

Кистозные поражения поджелудочной железы

Кистозные поражения поджелудочной железы (КППЖ) представляют собой группу разнородных патологических состояний: врожденные единичные и множественные кисты; поликистоз; доброкачественные и злокачественные кистозные опухоли; редко встречающиеся паразитарные кисты, а также наиболее распространенные интра- и экстрапанкреатические псевдокисты, осложняющие различные формы острого и хронического панкреатита и повреждения поджелудочной железы.

Распознавание и дифференциальная диагностика КППЖ требует использования современных методов инструментального обследования ПЖ и смежных органов, в первую очередь малоинвазивных, таких как УЗИ и КТ, а также выполняемых под их контролем тонкоигольных диагностических пункций. Целесообразно сокращение показаний к инвазивным методам исследования: различным вариантам ангиографии и ЭРПХГ в связи с опасностью развития таких тяжелых осложнений последней, как панкреонекроз, нагноение кист и др. При подозрении на опухолевый характер КППЖ целесообразно использование опухолевых маркеров. Интраоперационное обследование у больных с КППЖ должно включать цитологическое, биохимическое и бактериологическое исследования содержимого кисты; срочное гистологическое исследование биопсийного материала из стенок кисты, а также рентгеноконтрастное исследование (цистография). При показаниях выполняется панкреатико- и холангиография, а при наличии технических возможностей интраоперационное УЗИ.

Кистозные опухоли составляют примерно 10% КППЖ. Часто наблюдаемое ошибочное выполнение паллиативных дренирующих операций при кистозных опухолях, как правило, обусловлено дефектами до- и интраоперационной диагностики и требует выполнения повторных операций в связи с развитием стойких свищей и "рецидивом кист". Подозрение на кистозную опухоль является противопоказанием к использованию методов малоинвазивной хирургии и требует выполнения радикальных операций - дистальной или проксимальной резекции железы в зависимости от локализации опухоли. При доброкачественных кистозных опухолях и при истинных кистах целесообразно использование органосохраняющих вариантов резекции.

Для оценки прогноза и выбора тактики лечения КППЖ, осложняющих течение острого и хронического панкреатита, следует выделять их разновидности: острые парапанкреатические скопления жидкости без выраженной капсулы, абсцессы ПЖ, острые и хронические псевдокисты, имеющие сформированную капсулу.

При острых скоплениях парапанкреатической жидкости и острых псевдокистах возможно их спонтанное разрешение под влиянием консервативного лечения. Если это не происходит, целесообразно выполнение малоинвазивных эндоскопических и чрескожных вмешательств.

При хронических псевдокистах с признаками протоковой панкреатической и билиарной гипертензии, холелитиазе, стенозе двенадцатиперстной кишки возникают абсолютные показания к оперативному лечению. При этом устранение КППЖ не является единственной задачей хирургического лечения, в ходе которого должна быть предусмотрена коррекция этиологических факторов панкреатита.

Цистодигестивные анастомозы остаются основным видом операций при холангиогенном хроническом панкреатите. При локализации псевдокист в дистальном отделе ПЖ возможно выполнение дистальной (левосторонней) резекции железы. При псевдокистах, возникших вследствие алкогольного панкреатита, цистодигестивные анастомозы необходимо дополнять дренированием протоковой системы ПЖ.

При множественных кистах головки ПЖ возникают показания к проксимальной (панкреато-дуоденальной) резекции, альтернативой которой может являться ограниченная резекция переднего отдела головки с формированием цистопанкреатоюноанастомоза по Фрею.

Перспективными являются разработка и совершенствование методик цистодигестивных анастомозов с использованием малоинвазивных технологий, которые должны выполняться по строгим показаниям при верифицированном морфологическом диагнозе.

Метастатический рак печени

До 50% больных колоректальным раком при первичном обращении имеют метастазы в печень. Только хирургическое лечение дает значительное увеличение продолжительности жизни. Пятилетняя выживаемость после удаления метастазов в печень достигает 40%.

Перед выполнением резекции печени требуется решить ряд диагностических задач: определить распространенность опухоли в печени: уточнить наличие внепеченочных метастазов; получить морфологическое подтверждение изменений в печени: исследовать функциональное состояние печени; оценить соматический статус пациента.

Перед выполнением резекции обязательной процедурой является интраоперационное ультразвуковое исследование паренхимы печени. Оно позволяет уточнить распространенность опухоли; выявить опухолевые отсеки, что особенно актуально для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства; определить отношение опухоли к крупным трубчатым структурам. Наличие внепеченочных метастазов не является абсолютным противопоказанием к операции на печени, хотя и относится к неблагоприятным прогностическим факторам.

При синхронных метастазах рака толстой кишки в печень отдается предпочтение одноэтапным операциям. Причем, у некоторых больных возможно одноэтапное выполнение даже обширных резекций печени.

При поражении обеих долей печени единичными метастазами выполнение резекции печени оправдано.

Значительные трудности возникают при выборе объема операции у больных с небольшими метастатическими узлами, расположенными на границе долей. Выполнение обширных резекций печени у больных данной группы является крайне рискованным из-за высокой вероятности развития печеночной недостаточности, так как приходится удалять большой объем неизменной ткани печени.

Благоприятными прогностическими факторами являются: поражение одной доли, отсутствие внепеченочных метастазов, солитарный характер поражения печени, небольшой срок выявления метастаза в печень после удаления первичного очага.

Резекция печени при наличии в ней злокачественного образования требует соблюдения двух взаимосвязанных условий: 1 - отступления линии рассечения печеночной паренхимы не менее чем на 1 см от края опухоли; 2 - постоянного контроля за кровотечением, особенно из печеночных вен и нижней полой вены.

Одним из путей улучшения отдаленных результатов у данной группы больных является проведение адьювантной (поддерживающей) химиотерапии. Главным препаратом для лечения диссеминированных больных остается фторурацил. Однако целесообразность проведения адьювантной химиотерапии после удаления метастазов в печень требует дальнейшего изучения.

Больные с метастазами неколоректального рака в печень можно условно разделить на три группы, исходя из локализации первичного очага.

1 - локализации, при которых обосновано выполнение резекции печени: почка, надпочечник. печень.

2 - локализации, при которых обоснованы резекции печени в плане комбинированного лечения: яичник, яичко, молочная железа, желчный пузырь.

3 - локализации, при которых выполнение резекции печени нецелесообразно: желудок, поджелудочная железа.

При злокачественных опухолях печени резекция позволяет добиться лучших результатов лечения. При нерезектабельном раке печени показатели выживаемости после применения химиоэмболизации печеночной артерии и ее сочетание с химиоэмболизацией воротной вены отчетливо превышают таковые после системной и регионарной внутripеченочной химиотерапии.

Химиоэмболизация воротной вены и печеночной артерии показана перед выполнением обширных резекций печени. Эта методика позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, практически исключить вероятность развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде, четко определить объем ткани печени, подлежащей удалению.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии

Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время должна рассматриваться как один из основных методов хирургического лечения больных с хроническим калькулезным холециститом. Использование лапароскопического способа удаления желчного пузыря оправдано и у пациентов с острым холециститом в ранние сроки от начала заболевания.

Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии, значительным опытом выполнения которой теперь владеют многие клиники России и стран СНГ, показывает достаточно высокую частоту осложнений, колеблющуюся от 0.7 до 42.5%. Основными причинами серьезных осложнений лапароскопического вмешательства являются недостаточная специальная подготовка хирургов и недооценка сложности интраоперационной ситуации, требующей своевременного изменения способа операции. Значительная разница в оценке частоты осложнений определяется многими факторами, главными из которых следует признать общеизвестный факт снижения числа осложнений с накоплением опыта операций и неоднозначность в трактовке понятий осложнений.

Среди осложнений лапароскопической холецистэктомии следует выделять интраоперационные и послеоперационные: местные и общие.

Интраоперационные осложнения в свою очередь можно разделить на:

* возникающие на этапе введения лапароскопа и подведения инструментов к зоне операции - эмфизема; кровотечение; повреждение полых и паренхиматозных органов, магистральных сосудов; газовая эмболия;

• возникающие во время выполнения холецистэктомии - перфорация желчного пузыря; кровотечение из сосудов желчного пузыря, его ложа и окружающих органов; повреждение этих органов; полное или частичное повреждение внепеченочных желчных протоков;

• возникающие на этапе извлечения желчного пузыря из брюшной полости и завершения операции - инфицирование брюшной полости и операционных ран; кровотечение из брюшной стенки; подшивание органов брюшной полости при ушивании ран

Послеоперационные осложнения:

- местные — кровотечение; гематома; желчеистечение; инфильтраты и абсцессы в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости; перитонит; нагноение ран; механическая желтуха вследствие резидуальных камней и повреждения протоков; панкреатит;

- общие - пневмония; тромбоэмболия легочной артерии, обострение сердечно-сосудистых заболеваний.

Число осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии может быть доведено до минимальных значений при соблюдении следующих условий:

- использование стандартной аппаратуры и инструментария при постоянном техническом и бактериологическом контроле за его состоянием;

- выполнение операции специально обученными хирургами, имеющими опыт выполнения операций на желчевыводящих путях;

- * полноценное дооперационное обследование больных, включая ЭРПХГ при подозрении на изменения в протоках;

- * соблюдение правил прецизионной техники на всех этапах операции, особенно при выделении желчного пузыря, клипировании пузырного протока и артерии;

- обязательное применение операционной холангиографии при наличии признаков изменений в желчевыводящих путях;

- * лапароскопические вмешательства на гепатикохоledохе выполнять только в специализированных учреждениях высококвалифицированными хирургами;

- * промывание зоны операции антисептиками и дренирование брюшной полости также обязательно, как и при "открытых" операциях;

- * в сложных ситуациях (выраженный спаечный процесс, инфильтрация тканей в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, неясные анатомические аномалии) необходимо своевременно решать вопрос о переходе на лапаротомию;

- тщательное наблюдение за больным в послеоперационном периоде, даже если операция прошла без особенностей, с использованием контрольного УЗИ;

- * ретроспективный анализ обязательного видеопотокола операции в раннем послеоперационном периоде.

В случае выявления послеоперационных осложнений допустима их коррекция при повторной лапароскопии, малоинвазивными способами под ультразвуковым контролем, эндоскопически, с помощью минидоступа и набора миниассистент. При неэффективности этих методов показано соответствующее оперативное вмешательство.