

## Гепатобилиарная хирургия

Руководство для врачей. Под ред. Н.А. Майстренко и А.И. Нечая.  
Санкт-Петербург, 1996, 268 с.

## Hepatobiliary Surgery

Manual for Medical Doctors. Edited by N.A. Mayistrenko  
and A.I. Netchayi, St.-Petersburg, 1996, 268 p.

Отечественные клиницисты всегда испытывали необходимость в практическом руководстве по гепатобилиарной хирургии, где в сжатой форме, но на современном научном уровне были бы изложены рекомендации по диагностике и хирургическому лечению основных заболеваний печени и желчных путей. Такой книгой явилась вышедшая в свет “Гепатобилиарная хирургия” под редакцией Н.А. Майстренко и А.И. Нечая. В 5 ее главах авторам удалось достаточно полно очертить современное состояние гепатобилиарной хирургии и сформулировать в основных чертах принципы до- и интраоперационной диагностики, показания к первичным и повторным операциям на печени и желчных путях, представить рекомендации по методике выполнения этих вмешательств.

Краткая 1-я глава содержит основные необходимые хирургу сведения о нормальной и топографической анатомии и физиологии печени и желчных путей. Привлекает тщательность отбора иллюстративного материала – приводимые схемы существенно облегчают читателю усвоение важнейших деталей строения гепатобилиарной системы. Важнейший раздел данной главы посвящен так называемым аномалиям (точнее, вариантам анатомии) билиарного тракта, знание которых необходимо хирургу для профилактики интраоперационных повреждений желчных протоков. Логично, что данная глава дополнена кратким, но довольно информативным описанием методов объективной (в основном инструментальной) диагностики поражений органов гепатобилиарной системы. Этот раздел хорошо иллюстрирован схемами, рентгено- и сонограммами, что позволяет читателю составить представление о возможностях современной диагностики хирургических заболеваний печени и желчных путей.

2-я глава посвящена хирургическим заболеваниям печени и в целом дает читателю необходимое представление об основных паразитарных, воспалительных и опухолевых поражениях этого органа, а также о таких важнейших синдромах, как портальная гипертензия и механическая желтуха, при которых характер и степень поражения

печени играют ведущую роль в прогнозе заболевания и выборе метода лечения.

Большинство приводимых в главе рекомендаций вполне обосновано и не вызывает сомнений. Целесообразно, однако, сделать ряд уточнений. Так, рекомендуя пункционно-катетеризационные вмешательства при некротических абсцессах печени, авторы считают большие размеры гнойников противопоказанием к использованию данного метода лечения. На самом деле обоснование показаний и противопоказаний к данной малоинвазивной процедуре определяется не размерами абсцессов, а их числом, локализацией, характером содержимого, а также этиологией гнойного процесса в печени. Подробно описав патогенез синдрома портальной гипертензии, его основные причины и методы диагностики, авторы в проблеме лечения останавливаются почти исключительно на “открытых” оперативных вмешательствах, не упоминая о возможностях остановки и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка с помощью современных рентгеноэндоваскулярных вмешательств.

Центральной представляется 3-я глава руководства, посвященная хирургическим заболеваниям желчных путей, в первую очередь желчно-каменной болезни (ЖКБ) и ее осложнениям. На современном уровне изложены доступно даже для начинающего хирурга основные данные об эпидемиологии, патогенезе ЖКБ, строении желчных камней, симптоматологии неосложненной и осложненных форм холелитиаза. Подробно рассмотрены естественное течение ЖКБ, механизмы развития многочисленных осложнений, дифференциальная диагностика холелитиаза.

Особое внимание уделено лечению ЖКБ. Мы разделяем скептическое отношение авторов к методам пероральной холелитической терапии и экстракорпоральной литотрипсии. Нельзя, однако, согласиться с мнением авторов о допустимости использования последнего метода лечения при “выраженных противопоказаниях к оперативному лечению”, поскольку следствием его, нередко бывает развитие острого холецистита, механиче-

ской желтухи и холангита, когда показания к операции возникают императивно, а условия для ее выполнения ухудшаются; более перспективна литотрипсия при трудноудаляемых камнях общего желчного протока.

Прекрасно иллюстрированный раздел главы, посвященный технике открытых операций на желчных путях при неосложненной и осложненной ЖКБ, поможет студентам и молодым хирургам в освоении этой сложной области хирургии. Читатель найдет здесь много, на первый взгляд, мелких, но на деле важнейших деталей выполнения операций, соблюдение которых позволит обеспечить максимальный радикализм и безопасность оперативного вмешательства. Эта задача тем более важна в настоящее время, когда развитие так называемой малоинвазивной хирургии привело к потере многими хирургами молодого и даже среднего поколения опыта выполнения лапаротомных операций на желчных протоках и большом дуоденальном сосочке (БДС), что создает опасность снижения радикальности и повышения травматичности операций. Отдельные положения главы дают повод для дискуссии. Например, не совсем удачна рекомендация применять для доступа к БДС продольную дуоденотомию с последующим ушиванием раны кишки однорядным швом; более удобна и безопасна по нашему мнению, поперечная или косая дуоденотомия, после ушивания такой раны двухрядным швом минимальна опасность сужения просвета кишки и несостоятельности швов. Вряд ли оправдано в настоящее время применение описанного на с. 159 “двойного внутреннего дренирования общего желчного протока” – эта травматичная комбинация папиллосфинктеротомии и холедоходуоденостомии изжила себя, при редких показаниях к подобному вмешательству рассечение папиллы следует выполнять эндоскопически до формирования билиодигестивного анастомоза, одновременно с ним, а лучше через определенное время после холедоходуоденостомии.

На наш взгляд, в книге несколько непропорционально представлены различные способы лечения ЖКБ. В настоящее время используется три основных способа холецистэктомии: 1) классическая через традиционный лапаротомный доступ, 2) видеолапароскопическая, 3) через минилапаротомный доступ по Прудкову. Недостаточно аргументирована негативная оценка авторами последнего способа, менее травматичного и легче переносимого, чем холецистэктомия из широкого лапаротомного доступа; естественно, как и при всех малоинвазивных вмешательствах, при этом изменяются возможности интраоперационной ревизии, поэтому необходимо более тщательное дооперационное обследование больного. Что касается принципиально сходной с последним методом видеолапароскопической холецистэктомии, которая нашла широкое распространение в лечебных учреждениях России, то авторы не фор-

мулируют четких показаний к ней; на наш взгляд, при хроническом неосложненном калькулезном холецистите ЛХЭ следует рассматривать как операцию выбора, тогда как при остром холецистите она применима преимущественно в относительно ранние сроки острого заболевания до развития выраженных инфильтративных и фиброзных изменений в подпеченочном пространстве.

Логическим продолжением предыдущей главы и без преувеличения украшением книги служит 4-я глава, посвященная послеоперационным заболеваниям желчных путей и повторным операциям на билиарном тракте, она продолжает и углубляет ранее опубликованные и ставшие уже классическими предыдущие исследования школы С.П. Федорова, в частности С.М. Ситенко и А.И. Нечая. Каждому хирургу-гепатологу необходимо подробно ознакомиться, в частности, с разделом “Общие вопросы методики проведения повторных операций на желчных путях”, чтобы начать освоение этого сложнейшего и весьма трудоемкого раздела хирургии.

Подробно рассматривается сложная проблема лечения резидуального и рецидивного холангиолитиаза, при этом дается ряд важных методических предложений и рекомендаций. Авторы справедливо отдают предпочтение использованию бескровных манипуляций, в частности механической литоэкстракции через желчный свищ или билиарный дренаж перед выполнением повторных лапаротомий, особенно травматичных в ранние сроки после первичной операции. Следовало бы, однако, подчеркнуть, что основным доступом к резидуальным/рецидивным камням холедоха остается эндоскопический ретроградный, который при возможности целесообразности комбинировать с чресфистульным доступом; нужно было бы также упомянуть о возможности интракорпоральной литотрипсии (деструкции камней холедоха), которая может выполняться как ретроградным, так и антеградным чрескожным чреспеченочным путем. Наконец, было бы целесообразно подчеркнуть, что при неуспехе “бескровных” процедур, невозможности восстановить полноценный желчеотток в двенадцатиперстную кишку необходимо безотлагательно переходить к открытой ревизии желчных протоков и коррекции нарушенного оттока желчи с целью купирования уже, как правило, развившегося гнойного холангита и для предупреждения таких его вторичных осложнений, как холангитические абсцессы печени, бактериальный шок и др.

Убедительно выглядит раздел, посвященный неопухолевым стриктурам желчных протоков, четко описаны причины и обстоятельства их возникновения. Особенно важны для практического хирурга сведения об особенностях реконструктивных операций при этом осложнении, на с. 223 авторы по пунктам формулируют обязательные правила выполнения этих операций, которые

обеспечивают благоприятные как непосредственный, так и отдаленный функциональные результаты операции. Именно строгое соблюдение этих правил дает авторам право максимально сокращать показания к использованию каркасного транспеченочного дренирования.

В отдельном разделе авторы касаются проблемы свежих повреждений желчных протоков, тактики и методики их лечения. Следовало бы напомнить, что внедрение лапароскопической холецистэктомии не только не уменьшило, но и существенно повысило частоту таких повреждений, сделав их часто более тяжелыми, отличными от наблюдающихся при классической холецистэктомии. В частности, особой тяжестью отличаются термические и комбинированные повреждения желчных протоков, а также сопутствующие повреждения крупных сосудов гепатодуоденальной связки. Нужно согласиться с основными рекомендациями авторов по методике операций при свежей протоковой травме, подчеркнув, что реконструкцию поврежденных протоков должен осуществлять наиболее опытный хирург клиники либо приглашенный сотрудник специализированного отделения хирургической гепатологии.

Краткая 5-я глава содержит в конспективной форме основные сведения об опухолях желчного пузыря и протоков. Авторам следовало бы четко определить разницу между злокачественными

опухолями дистального отдела холедоха и опухолями проксимального отдела печеночных протоков, возможности и тактика лечения которых имеют принципиальные различия. Так, при раке дистальной локализации радикальной операцией является панкреатодуоденальная резекция, а в случае невозможности ее выполнения имеющиеся благоприятные технические условия адекватное желчеотводящее соустье. В противоположность этому при раке общего и долевого протоков (так называемых опухолях Клатцкина) радикальное вмешательство произвести гораздо труднее, оно часто требует использования ограниченной по объему, а то и расширенной резекции печени; при невозможности удаления опухоли наложить полноценный билиодигестивный анастомоз удастся лишь в исключительных случаях, в связи с чем часто приходится ограничиваться формированием наружной гепатохолангиостомы или эндопротезированием печеночных протоков.

В заключение отметим, что хирурги России получили прекрасное учебное пособие, которое, несомненно, окажет им большую помощь в освоении насущных проблем сложного раздела хирургии печени и желчных путей.

*Проф. М. В. Данилов*