

Рефераты статей иностранных журналов (куратор раздела С.В. Готье)

Составил А.В. Семенов

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

Asstracts from Current Medical Publications (Curator S.V. Goutier)

Prepared
by A.V. Semenkov

Russian Research Center of
Surgery RAMSci (Director –
Academician RAMSci
B.A. Konstantinov), Moscow

Печень

A 27-year experience with surgical treatment of Budd–Chiari syndrome

M.J. Orloff, P.O. Dauly, S.L. Orloff *et al.*

From the Department of Surgery, University of California San Diego Medical Center, San Diego, California; the Department of Surgery, Section of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery and Transplantation, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon; and the Department of Surgery, Section of Organ Transplantation, University of Rochester Medical Center, Rochester, New York.

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 3, 340–352.

Двадцатисемилетний опыт хирургического лечения синдрома Бадд–Киари

Согласно имеющимся экспериментальным данным, хирургическая декомпрессия оказывает положительный эффект на состояние печени при синдроме Бадда–Киари (СБК). Данное исследование было посвящено определению влияния портальной декомпрессии на выживание, качество жизни, функцию печени, портальную гемодинамику и морфологические изменения печени. Эффективность шунтирования изучали в сроки от 3.5 до 27 лет. С 1972 по 1999 год, наблюдалось 60 пациентов с СБК, которые были разделены на три группы: в первой тромбоз ограничивался печеночными венами, в связи с чем накладывали прямой портотомический анастомоз бок-в-бок (ПКА); у пациентов второй группы тромбоз распространялся на нижнюю полую вену (НПВ) в

связи с чем портальная декомпрессия подразумевала обходное шунтирование места обструкции НПВ; в третью группу включены пациенты с развитым циррозом и печеночной недостаточностью, которые рассматривались как бесперспективные для выполнения портальной декомпрессии и нуждались в выполнении ортотопической трансплантации печени. У 32 пациентов с СБК, развившемся в результате окклюзии печеночных вен, хирургическая летальность составляла 3%, а 94% пациентов были живы в сроки от 3.5 до 27 лет после хирургического вмешательства. Почти все имели нормальную функцию печени, а у 31 из них не было асцита. Ни у одного из пациентов с функционировавшим шунтом не было энцефалопатии. ПКА остался открытым у всех пациентов за исключением одного. По данным биопсий печени не выявлено данных за застой или некрозы, и 48% биопсий были нормальными. Мезоатриальное шунтирование выполнено у 8 пациентов с СБК в результате тромбоза НПВ. Все пациенты пережили хирургическое вмешательство, но у пяти пациентов в последствии развился тромбоз синтетического шунта и они погибли. По причине плохих результатов в дальнейшем от мезоатриального шунтирования отказались. Вместо него была введена комбинация ПКА с кавоатриальным шунтом (КАШ) с использованием сосудистого протеза Gore – Tex. У всех 10 пациентов, перенесших эту процедуру, шунт эффективно функционировал в сроки от 4 до 16 лет. У других десяти пациентов с циррозом печени было поздно выполнять хирургическую портальную декомпрессию и они были внесены в лист ожидания для выполнения ортотопической трансплантации печени.

Трое пациентов умерли в результате печеночной недостаточности в процессе ожидания донорского органа, четверо пациентов умерли после трансплантации. 1- и 5-летнее выживание после трансплантации печени составило 40% и 30% соответственно.

Таким образом, ПКА при СБК с изолированной окклюзией печеночных вен приводило к уменьшению повреждения печени, коррекции гемодинамических нарушений, пролонгировало выживание и хорошее качество жизни, в случае если выполнялось на ранних стадиях развития СБК. Сходные хорошие результаты получены при комбинировании ПКА и КАШ у пациентов с СБК развившемся в результате окклюзии НПВ. Напротив, авторами было прекращено выполнение мезоатриального шунтирования по причине неприемлемо высокой частоты тромбирования сосудистых протезов и высокой смертности. У пациентов с развившимся циррозом печени, в результате длительно существовавшего без лечения СБК, ортотопическая трансплантация печени явилась единственно возможным методом лечения.

Risk factors, prevention, and management of postoperative recurrence after resection of hepatocellular carcinoma

Ronnie Tung-Ping Poon, Sheung-Tat Fan, and John Wong

From the Centre of Liver Diseases, Department of Surgery, The University of Hong Kong Medical Centre, Queen Mary Hospital, Pokfulam Road, Hong Kong, China

Ann Surg 2000, Vol. 232. No. 1, 10–24

Рецидивирование гепатоцеллюлярной карциномы после резекции: факторы риска, профилактика, лечебная тактика

Авторами произведен обзор статей, посвященных вопросам рецидивирования гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) после ее резекции (данные Medline с января 1980 по июнь 1999 года).

Целью данного исследования явилась оценка существующих знаний о факторах риска рецидивирования после резекций по поводу ГЦК, эффективности вспомогательной терапии в предупреждении его возникновения и оптимальных методах лечения.

В связи с частым развитием рецидивов после резекций по поводу ГЦК отдаленные прогнозы остаются неблагоприятными. Профилактика и эффективное лечение рецидивов являются наиболее важными условиями улучшения отдаленных результатов резекций по поводу ГЦК. Наиболее достоверными факторами риска для рецидивирования ГЦК являются: венозная инвазия, наличие дополнительных узлов, большой размер

опухоли и развитая pTNM стадия. Активный гепатит в непораженной опухолью части печени и связанные с оперативным вмешательством гемотрансфузии также кажутся факторами, повышающими вероятность развития рецидива. Современные молекулярные исследования позволили идентифицировать биологические факторы пролиферации и ангиогенной активности опухоли, и доказать, что они являются факторами риска рецидивирования ГЦК. Отсутствуют убедительные доказательства эффективности современных и традиционных вспомогательных методов предупреждения рецидивирования. Ретроспективные исследования, целью которых было выяснение эффективности послеоперационной химиотерапии с введением препаратов в печеночные артерии, выявили противоречивость получаемых результатов. Ряд исследований продемонстрировал, что терапией выбора при послеоперационных рецидивах, локализованных в оставшейся части печени или других органах, должна быть хирургическая резекция. Трансартериальная хемоземболизация и чрескожное введение спирта являются широко используемыми методиками, выполняемыми для пролонгирования выживания у пациентов с нерезектабельными внутривнутрипеченочными рецидивами, а комбинированная терапия с использованием обеих этих методик может дополнительно улучшать результаты.

Знание факторов риска рецидивирования ГЦК после ее резекции обеспечивает логическое обоснование методов его профилактики. Полезными для предупреждения рецидивирования могут быть: минимальный объем манипуляций в процессе удаления опухоли с целью предотвращения диссеминации опухолевых клеток, отсутствие периперационной трансфузии крови и подавление хронического гепатита в оставшейся части печени. Эффективность послеоперационной вспомогательной региональной химиотерапии заслуживает дальнейшего изучения. Развитие новых концепций воздействия биологических факторов опухоли (например, ангиогенной активности) на рецидивирование ГЦК, позволит в будущем разработать оригинальные методы вспомогательной терапии, такие как антиангиогенез. В настоящее время наиболее реальным подходом для пролонгирования выживания пациентов после резекции по поводу ГЦК, является ранняя диагностика рецидивов и радикальная хирургическая тактика при их выявлении. Необходимо проведение ряда рандомизированных исследований с целью выяснения результатов различных методов лечения рецидивов после резекции по поводу ГЦК и определения эффективности и целесообразности лечения, предусматривающего одновременное применение различных методик.

Management of hilar cholangiocarcinoma

Comparison of an American and a Japanese experience

J.I. Tsao, Y.N. Nimura, J. Kamiya, N. Hayakawa, *et al.*

From the Department of General Surgery and Surgical Pathology, Lahey Clinic Medical Center, Burlington, Massachusetts, and the First Department of Surgery and Surgical Pathology, Nagoya University School of Medicine, Nagoya, Japan

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 2, 166–174

Лечение холангиокарциномы ворот печени

Сравнение американского и японского опыта

В связи со спорами о результатах расширенных резекций по поводу холангиокарцином ворот печени, было проведено сравнение опыта и результатов лечения гилусных холангиокарцином в Американском и Японском медицинских центрах. Были проанализированы данные о 100 пациентах, пролеченных в клинике в Lahey (Соединенные Штаты) с 1980 по 1995 годы, и 155 пациентах, пролеченных в Университетском Госпитале в Нагоя (Япония) с 1977 по 1995 годы. Между институтами был произведен обмен отобранных предметных стекол с препаратами резецированных опухолей.

В Lahey было выполнено 25 резекций, 53 паллиативных вмешательства с желчеотведением или стентированием, и 22 случая чрескожного чреспеченочного билиарного дренирования или эндоскопического билиарного дренирования без хирургического вмешательства. В Нагоя соответствующему лечению были подвергнуты 122, 10 и 23 пациента. Общее пятилетнее выживание всех пролеченных пациентов за период проведения данного исследования составило 7% в Lahey и 16% в Нагоя. Общее 10-летнее выживание составило 0% и 12%, соответственно. У пациентов с отсутствием опухолевых элементов в краевой зоне резекции, 5- и 10-летнее выживание составило, соответственно, 43% и 0% в Lahey, и 25% и 18% в Нагоя. Доля хирургической смертности у пациентов, подвергшихся резекции, составила 4% в Lahey и 8% в Нагоя. Лобэктомия хвостатой доли *en bloc* (*en bloc caudate lobectomy*) была выполнена у 8% пациентов, оперированных в Lahey, и у 89% пациентов, оперированных в Нагоя. Гистопатологическое исследование резецированных опухолей продемонстрировало, что у пациентов, оперированных в Нагоя, была более развитая стадия заболевания, чем у пациентов из Lahey. Таким образом, в обеих группах пациентов наибольшее выживание достигалось в случае если после выполнения резекции в краевой зоне резекции не обнаруживали опухолевых элементов. Комбинированная резекция желчного протока и печени с резекцией хвостатой доли способствовала увели-

чению количества удачных результатов, что чаще достигалось в Нагоя.

Blunt hepatic injury: a paradigm shift from operative to nonoperative management in the 1990s.

A.K. Malhotra, T.C. Fabian, M.A. Croce *et al.*

From the Department of Surgery, University of Tennessee – Memphis, Tennessee

Ann Surg 2000, Vol. 231, No. 6, 804–813

Тупая травма печени: смещение от хирургического к консервативному лечению в 90-х годах

До недавних пор при травмах печени рутинно использовали оперативное лечение. Целью данной работы было оценить результаты неоперативного лечения пациентов с тупой травмой печени при сохранении у них стабильной гемодинамики.

Произведен анализ данных о 661 пациенте с тупой травмой печени, поступивших в институт за 5-летний период, окончившийся в декабре 1998 года. Результаты сравнивали с таковыми двух предшествующих исследований: у 168 пациентов, оперированных с 1985 по 1990 годы и 136 пациентов, не оперированных в период с 1993 по 1994 годы. У двадцати четырех (18%) из 136 пациентов и 101 (15%) из 661 пациента все-таки потребовалось выполнение экстренной лапаротомии в связи с гемодинамической нестабильностью. Неудачи консервативной терапии при повреждении печени были обусловлены более обширными повреждениями и большим объемом кровопотери в брюшную полость (по данным компьютерной томографии). Объем двадцатичетырехчасовой инфузии, количество абдоминальных инфекций и длительность пребывания в стационаре были существенно ниже в группах консервативной тактики. Летальность, связанная с повреждением печени была одинаковой во всех трех группах и составляла 4%. Т.о., несмотря на то, что экстренное оперативное вмешательство остается стандартным лечением гемодинамически “нестабильных” пациентов с тупой травмой печени, отмечается тенденция к смене тактики лечения гемодинамически стабильных пациентов. Состояние примерно 85% пациентов с тупой травмой печени было стабильным. У этих пациентов, консервативное лечение существенно улучшило результаты по сравнению с оперативным лечением за счет снижения количества абдоминальных инфекций, снижения объема трансфузий и продолжительности пребывания в стационаре.

A comparative study of the elective treatment of variceal hemorrhage with β -blockers, transendoscopic sclerotherapy, and surgery
A prospective, controlled, and randomized trial during 10 years

H. Orozco, M.A. Mercado, C. Chan, *et al.*

From the Instituto Nacional de la Nutricion, "Salvador Zubiran", Mexico City, Mexico

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 2, 216–219.

Сравнительное исследование методов лечения при кровотечении из варикозно расширенных вен: β -блокаторы, эндоскопическая склеротерапия или хирургическое вмешательство

Десятилетнее проспективное, контролируемое и рандомизированное исследование

Целью данного исследования было сравнение трех методов лечения портальной гипертензии. Проанализированы данные, полученные за 10 лет. 119 пациентов, включенных в данное исследование (от 18 до 76 лет), уже имели в анамнезе кровотечение вследствие портальной гипертензии, и до этого не лечились. Вариантами лечения были: назначение β -блокаторов (пропранолол) (у 40 пациентов), склеротерапия (у 46 пациентов), или операции по декомпрессии портального русла (селективное шунтирование и операция Sugiura-Futagawa) (у 33 пациентов). Возрастные границы, стадия заболевания по классификации Child–Pugh, и этиология поражения печени были аналогичны во всех 3-х группах. Частота повторных кровотечений была существенно ниже в хирургической группе, чем в двух других группах. Она составляла только 5%, по сравнению с 71% и 68% в группах со склеротерапией и фармакотерапией, соответственно. В то же время операции, направленные на сохранение портального кровотока, позволяли достичь наименьшей частоты повторных кровотечений у пациентов из группы низкого риска (Child A).

Желчные Пути

Biliary cystic disease and neoplasia: surgical management.

A. Principe, M.L. Lugaesy, A. Raspadori *et al.*

Department of Surgery and Transplantation: Clinica Chirurgica II, and Clinical Department of Radiological and Histopathological Sciences, University of Bologna, Italy.

HPB 2000, Vol. 2, No. 1, 15–20

Кистозная болезнь желчных протоков и малигнизация: хирургическое лечение

Врожденное кистозное расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков встречается редко, однако связано с возможностью развития некоторых осложнений. Наиболее высок риск малигнизации, которая может развиваться в мес-

те слияния протока поджелудочной железы и общего желчного протока при их аномальном развитии. Хирургическое лечение подразумевает как иссечение внепеченочных кист, так и резекцию печени в случае поражения внутрипеченочных желчных протоков в отдельных сегментах печени. В случае диффузного поражения внутрипеченочных желчных протоков, выполняют широкое билиодигестивное анастомозирование с областью слияния желчных протоков, с целью уменьшения степени риска неопластического поражения.

Двадцать два пациента с кистозной трансформацией билиарного дерева были обследованы и пролечены в течение 17-летнего периода. Внутрипеченочные желчные протоки были вовлечены у 15 пациентов. Одному пациенту с тотальным поражением печени, осложненным билиарным циррозом была выполнена трансплантация печени, и у двух других пациентов с бессимптомным течением заболевания в дальнейшем может понадобиться ее выполнение. Малигнизация была обнаружена у трех пациентов (14%). Послеоперационный период был осложнен холангитом только у двух пациентов, которые были успешно пролечены антибиотиками. За исключением одного пациента с I типом кист (по классификации Tonadi), осложненных развитием карциномы, который умер через 14 месяцев после операции, все пациенты живы и находятся в хорошем состоянии со средними сроками наблюдения 8 лет (от 8 месяцев до 17 лет).

Анализ полученных данных позволил авторам утверждать, что идеальными хирургическими методами лечения кистозной болезни желчных протоков и предотвращения малигнизации являются: полное иссечение внепеченочных желчных кист; резекция печени в случаях поражения внутрипеченочных желчных протоков в отдельных сегментах печени; широкое билиодигестивное анастомозирование в случаях множественного поражения внутрипеченочных желчных протоков, или трансплантации печени в случае развития вторичного билиарного цирроза.

Surgical importance of aberrant bile ducts in the left triangular ligament of the liver.

P.B. Kekis, A. Kordonis, K.M. Stamou and B.P. Kekis

Athens Medical Center, Department of Surgery, Athens, Greece

HPB 2000, Vol. 2, No. 1, 21–24

Хирургическое значение aberrантных желчных протоков в левой треугольной связке печени

С начала предыдущего столетия до настоящего дня имеется небольшое количество работ, посвященных исследованию aberrантных желчных протоков в левой треугольной связке печени.

Инъекционно-коррозионная техника была применена у 80 трупов для определения aberrантных желчных протоков в левой треугольной связке. Кроме того, выполнены 50 микроскопических исследований левой треугольной связки печени *in situ* при аутопсии. Дополнительно, на 197 операциях, в процессе которых пересекалась левая треугольная связка, наблюдали за возможностью подтекания желчи.

Аберрантные желчные протоки обнаружены в 16% случаев исследований трупной печени и в 12% случаев исследований *in situ*. Подтекание желчи было обнаружено у 11% пациентов, когда левая треугольная связка во время операции пересекалась в ее центральной части.

Полученные данные обращают внимание на тот факт, что наличие aberrантных желчных протоков в фиброзной связке печени, которые могут быть пересечены в процессе оперативного вмешательства, могут являться причиной развития желчных скоплений в брюшной полости или желчных перитонитов.

Mirizzi syndrom – a difficult condition to diagnose

F.Y.J. Lee, P.B.S. Lai, S. Dexter and W.Y. Lau

Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Shatin, Hong Kong, China

HPB 1999, Vol. 1, No. 4, 235–237

Синдром Мирицци – труднодиагностируемое осложнение желчнокаменной болезни

Синдром Мирицци – редкое, труднодиагностируемое осложнение желчнокаменной болезни, часто приводящее к диагностической ошибке. В статье представлен случай синдрома Мирицци, имитировавшего холангиокарциному ворот печени (опухоль Клатцкина) у 69 – летнего мужчины с механической желтухой. В процессе операции, было обнаружено гигантское объемное образование в области ворот печени, которое разрушало нисходящую часть двенадцатиперстной кишки и сочеталось с выраженной лимфаденопатией. Однако выявление холецистобилиарной фистулы позволило заподозрить синдром Мирицци. Удаленное объемное образование было отправлено для патологогистологического исследования, которое подтвердило отсутствие малигнизации, что позволило ограничиться формированием гепатикоюноанастомоза. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Клиническая картина, данные предоперационного обследования и даже интраоперационная картина при синдроме Мирицци не исключают вероятность ошибочной диагностики неопера-

бельной холангиокарциномы или карциномы желчного пузыря.

Prospective randomized pilot study of management of the pancreatic stump following distal resection

C. Bassi, G. Butturini, M. Falcone, R. Saliva *et al.*

Surgical and Gastroenterological Department, Pancreatic Unit, Borgo Roma University Hospital ‘G.B. Roossi’, University of Verona, 37134 Verona, Italy

HPB 1999, Vol. 1, No. 4, 203–207

Проспективное рандомизированное пилотное исследование методов обработки культи поджелудочной железы после ее дистальной резекции

В литературе описаны многочисленные хирургические техники обработки культи поджелудочной железы после ее левосторонней резекции. Однако существует только одно проспективное, рандомизированное исследование, посвященное оценке пяти различных техник обработки культи поджелудочной железы после ее дистальной резекции.

Шестьдесят девять пациентов были распределены в пять групп по методам обработки остаточной культи поджелудочной железы после ее резекции: ручное ушивание, ушивание с обработкой фибриновым клеем, ушивание с наложением полипропиленовой сетки, панкреатикоеюностомия, ушивание степлером. У всех пациентов культа поджелудочной железы была мягкая и жизнеспособная.

По данным анализа результатов исследования ни одна из методик существенно не снижала частоту развития послеоперационных осложнений. Панкреатический свищ развился в среднем в 19% пациентов (от 7% до 33% в разных группах).

Оценка легкости и скорости исполнения различных методик в сочетании с оценкой частоты развития осложнений выявили, что панкреатикоеюностомия и обработка культи механическим степлером являются методиками, представляющими наибольший интерес для дальнейшего изучения.

Quality of life and outcomes after pancreaticoduodenectomy

J.J. Huang, Ch.J. Yeo, T.A. Sohn, K.D. Lillimoe *et al.*

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

Ann Surg 2000, Vol. 231, No. 6, 890–898

Качество жизни и результаты после панкреатикодуоденэктомии

На сегодняшний день панкреатикодуоденэктомия выполняется при различных злокачественных и доброкачественных поражениях поджелудочной

железы и периампулярной зоны. Существует общее впечатление, что панкреатикодуоденэктомия может значительно ухудшить качество жизни (КЖ) и нарушить нормальную активность, однако лишь несколько небольших исследований были посвящены оценке качества жизни пациентов после панкреатикодуоденэктомии.

Для оценки качества жизни 323 пациентов после панкреатикодуоденэктомии, выполненных в Госпитале Джона Хопкинса с 1981 по 1997 годы, был разослан стандартный опросник по КЖ. Тридцать пунктов опросника охватывали три сферы жизни: физическую (15 пунктов), психологическую (10 пунктов) и социальную (5 пунктов). Подсчет осуществлялся в процентах с максимально возможным уровнем 100%. Аналогичный КЖ – опросник был разослан пациентам, перенесшим лапароскопическую холецистэктомию и здоровым людям контрольной группы. Отдельный раздел опросника был посвящен функциональным результатам и трудоспособности (нетрудоспособности).

Общий уровень КЖ 192 пациентов, перенесших панкреатикодуоденэктомию, в физической, психологической и социальной сферах жизни составлял 78, 79 и 81% соответственно. Данный уровень качества жизни был сравним с качеством жизни 37 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, и 31 здорового человека из контрольной группы. Пациенты, перенесшие панкреатикодуоденэктомию, были подразделены на группы: с хроническим панкреатитом; другими доброкачественными заболеваниями поджелудочной железы; аденокарциномой поджелудочной железы; другими онкологическими поражениями поджелудочной железы. Пациенты, которым была сделана резекция по поводу хронического панкреатита или аденокарциномы, имели значительно более низкий уровень КЖ в физической и психологической сферах, чем пациенты перенесшие лапароскопическую холецистэктомию или здоровые люди контрольной группы. Наиболее частыми проблемами после панкреатикодуоденэктомии были: потеря веса, абдоминальные боли, утомляемость, нарушения стула и диабет.

Анализ результатов данного исследования, которое является самым крупным исследованием, проведенным в одном институте с целью оценки качества жизни после панкреатикодуоденэктомии, демонстрирует, что пациенты, перенесшие панкреатикодуоденэктомию, имеют уровень качества жизни близкий к нормальному, и несмотря на то, что у многих пациентов отмечена потеря веса и симптомы, связанные с экзокринной и эндокринной недостаточностью поджелудочной железы, они в состоянии вести активный образ жизни.

Does prophylactic octreotide decrease the rates of pancreatic fistula and other complications after pancreaticoduodenectomy?

Results of a prospective randomized placebo-controlled trial

C.J. Yeo, J.L. Cameron, K.D. Lillemoe, P.K. Suater, *et al.*

From the Department of Surgery, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 3, 419–429

Снижает ли профилактическое назначение октреотида частоту образования свища поджелудочной железы и других осложнений после панкреатикодуоденэктомии?

Результаты проспективного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования

В четырех рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях, выполненных в различных центрах Европы, оценивалось профилактическое назначение октреотида (длительно действующий синтетический аналог природного соматостатина) у пациентов, перенесших резекцию поджелудочной железы. В каждом случае сообщалось о значительном снижении общего количества осложнений, а в двух из четырех исследований сообщалось о значительном снижении частоты развития свища поджелудочной железы. Пятое рандомизированное исследование, выполненное в Соединенных Штатах, оценивало профилактическое использование октреотида у пациентов, перенесших панкреатикодуоденэктомию. По данным результатов исследования эффекта от использования октреотида обнаружено не было. В Соединенных Штатах профилактическое использование октреотида ежедневно увеличивает стоимость койко-дня на \$75. Лишь за 1996 год, в институте, где выполнено данное исследование общая сумма, потраченная на октреотид, составила \$75.652.

С февраля 1998 по февраль 2000 г., 383 пациента были включены в это исследование, в связи с выявлением у них показаний к выполнению панкреатодуоденальной резекции. Исследование было плацебо-контролируемым: в одной группе пациентов назначали октреотид 250 мг подкожно каждые 8 часов на протяжении 7 дней, начиная с 1 до 2 часов до хирургического вмешательства, в контрольной группе также назначали физиологический раствор. Критериями, которые оценивали в послеоперационном периоде, были: частота развития панкреатического свища, других общих осложнений, смертность, и длительность госпитального пребывания.

Анализ оцениваемых критериев был произведен у двухсот одиннадцати пациентов, подвергшихся панкреатикодуоденэктомии с наложением

панкреатико-тонкокишечного анастомоза, которым назначали октреотид (физиологический раствор в контрольной группе). Две группы были сравнимы демографически (54% мужчин, средний возраст 66 лет), по типу панкреатикодуоденальной резекции (в 60% случаев пилорус-сохраняющей), типу панкреатико-тонкокишечного анастомоза (в 87% случаев панкреатикоюностомия конец – в – бок) и морфологическому диагнозу. Панкреатический свищ развился у 9% пациентов контрольной группы и 11% пациентов в группе, где применяли октреотид. Количество общих осложнений составило 34% в контрольной группе и 40% в группе, где применяли октреотид; госпитальная смертность составила 0 против 1% соответственно. Средняя продолжительность госпитального пребывания составила 9 дней в обеих группах.

Т.о. полученные данные свидетельствуют о том, что профилактическое назначение октреотида не уменьшало частоты развития панкреатических свищей или других общих осложнений после панкреатикодуоденэктомии. Следовательно, профилактическое использование октреотида после панкреатикодуоденэктомии должно быть исключено, что значительно снизит стоимость лечения.

Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: an initial experience

C.R. Carter, C.J. McKay, C.W. Imrie

From the Department of Upper Gastrointestinal and Pancreatico-Biliary Surgery, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 2, 175–180

Чрескожная некрэктомия и эндоскопия сальниковой сумки в лечении инфицированного некротического панкреатита: начальный опыт

Смертность после хирургического вмешательства по поводу вторичного инфицирования некротов поджелудочной железы достигает 25%–40%. Несмотря на возможность чрескожного дренирования абсцесса, этот метод чаще мало эффективен в связи с невозможностью адекватного удаления некротических масс через дренажную трубку.

Были изучены результаты лечения сорока пациентов с инфицированным некрозом поджелудочной железы после острого панкреатита. В связи с вторичным инфицированием, у первых четырех пациентов выполнили эндоскопическое исследование сальниковой сумки по каналу стояния дренажа. В 10 последующих наблюдениях техника была модифицирована, что сделало возможным чрескожным доступом первично удалять некротизированные ткани.

У первых четырех пациентов путем эндоскопии сальниковой сумки удалось избежать дополнительных хирургических вмешательств, и ни один из пациентов не умер. Из последующих 10 пациентов, и пациентов, пролеченных путем чрескожной некрэктомии, двое умерли. Средняя продолжительность госпитализации составляла 42 дня. Восемь пациентов выздоровели и были выписаны из стационара в среднем после выполнения трех чрескожных вмешательств.

Авторы оценивают полученные результаты как положительные и, несмотря на отличие эндоскопической и чрескожной техник, считают, что обе методики позволяют достигнуть адекватной некрэктомии.

Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s

K.D. Lillimoe, G.B. Melton, J.L. Cameron, H.A. Pitt, *et al.*

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

Ann Surg 2000, Vol. 232, No. 3, 430–441

Послеоперационные стриктуры желчного протока: лечение и результаты достигнутые за 90-е годы

В 1990-х годах отмечено значительное увеличение частоты повреждений и стриктур желчного протока в связи с введением в клиническую практику и широким использованием лапароскопической холецистэктомии. Авторами были собраны данные о 156 пациентах, которые с января 1990 года по декабрь 1999 года госпитализировались в госпиталь Джона Хопкинса в связи с повреждениями или послеоперационными стриктурами желчного протока. За исключением случаев повреждения желчного протока, выявленного и корригированного во время первичного оперативного вмешательства, всем пациентам выполняли дооперационную чрескожную чреспеченочную холангиографию и до хирургической реконструкции ставили чреспеченочные билиарные катетеры. Данные об отдаленных результатах получены при осмотрах или телефонных опросах, проведенных в январе 2000 года. Выявлено, что из 156 пациентов, подвергшихся хирургической реконструкции, у 142 лечение было завершено с последующим средним сроком наблюдения, составившим 57.5 месяцев. Двое пациентов умерли до окончания лечения, по причинам не связанным с поражением билиарного тракта. Двенадцать пациентов (7.9%) до момент написания этой статьи имеют билиарные стенты. Удачные результаты лечения достигнуты у 90.8% пациентов,

которым не потребовалось выполнения других инвазивных, диагностических или лечебных вмешательств.

Пациенты, которым реконструкцию выполняли в связи с повреждением или стриктурами желчного протока после лапароскопической холецистэктомии, имели лучшие результаты, чем те пациенты, чьи послеоперационные стриктуры развились после других типов оперативного вмешательства. Представленные симптомы, число стентов, интервал до выявления и выполнения

реконструкции, и длительность стояния стента в послеоперационном периоде существенно не влияли на результаты.

Авторы пришли к заключению, что выполнение предоперационной холангиографии (для уточнения анатомии и перкутанного проведения билиарного катетера), с последующей хирургической реконструкцией путем Roux – en – Y гепатикоюностомии, приводит к удачным результатам при отсутствии необходимости билиарного стентирования более чем у 98% пациентов.