

Резолюция VIII Международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ “Вахидовские чтения”, Ташкент, 26–28 октября 2000 г.

Resolution of VIII International Congress of Surgeon-Hepatologists CIS Countries “Vakhidov Lectures 2000”, October 26–28, 2000, Tashkent

Раздел 1. “Свежие” повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков

Уровень операционной травмы желчных путей остается в пределах 0,3–0,8%. Увеличение частоты таких осложнений наблюдается в период освоения лапароскопической холецистэктомии.

При обнаружении повреждения во время оперативного вмешательства или непосредственно после него возможна попытка одноэтапной реконструктивной операции.

В случае краевого повреждения общего желчного протока допустима восстановительная операция. При полном пересечении или иссечении участка гепатикохоледоха выходом из сложившейся ситуации является создание билиодигестивного анастомоза. Эту операцию должен выполнять хирург, обладающий необходимым опытом.

При повреждении тонкостенного протока с диаметром менее 4–5 мм и отсутствии опытного хирурга следует дренировать протоки, отложив реконструктивный этап операции на 2–3 месяца.

При формировании прецизионного билиодигестивного соустья обязательно соблюдение следующих принципов:

- выделение протоков выше стриктуры за счет иссечения участка IV сегмента печени и рубцовых тканей в области портальных ворот;
- “отключение” петли тонкой кишки длиной 80 см по Ру;
- использование монофиламентных рассасывающихся (биосин) или нерассасывающихся (пролен) синтетических нитей;
- сопоставление слизистых оболочек протока и кишки – однорядный шов без захвата слизистой кишки.

Использование каркасного дренирования показано в редких случаях при невозможности сопоставления интактных слизистых оболочек протока и кишки из-за распространения рубцово-воспалительных изменений на субдолевые прото-

ки, а также при циррозе печени с повышенной кровоточивостью.

При обнаружении повреждения в послеоперационном периоде, когда развились воспалительные процессы в брюшной полости и механическая желтуха, целесообразно придерживаться двухэтапной тактики лечения.

На первом этапе – лечение перитонита, дренирование желчных затеков и желчного дерева. Допустимо применение малоинвазивных методов: пункция и дренирование под УЗ-контролем, рентгеноэндобилиарное вмешательство, эндоскопическое стентирование.

На втором этапе проводится плановое реконструктивное вмешательство – формируется билиодигестивное соустье согласно указанным принципам.

Раздел 2. Травматические повреждения поджелудочной железы

Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) в большинстве случаев являются одним из компонентов сочетанных закрытых и проникающих травм живота. Наиболее часто повреждениям головки ПЖ сопутствуют повреждения двенадцатиперстной кишки и желчных путей, а повреждениям тела и хвоста – селезенки и желудка. Трудности диагностики связаны с забрюшинным расположением ПЖ, в связи с чем симптомы перитонита и гемоперитонеума часто выявляются только после периода ложного “благополучия”.

Важнейшими способами дооперационной диагностики повреждений ПЖ являются УЗИ, компьютерная томография и лапароскопия.

Выявление симптомов панкреатита, обоснованное подозрение на повреждение смежных внутрибрюшных органов требуют выполнения экстренной лапаротомии. Тактика лечения подобных повреждений только с помощью малоинвазивных хирургических вмешательств в настоящее время не может быть рекомендована для широкого применения в клинике.

В ходе лапаротомии признаками повреждения ПЖ являются гемоперитонеум, гематома в проекции и окружности железы, а также другие признаки острого панкреатита. На сопутствующие повреждения желчных путей и двенадцатиперстной кишки указывают наличие желчи в брюшной полости, а также пропитывание желчью ретродуоденальной и ретропанкреатической клетчатки, в которой может определяться газ. Объективная оценка повреждений ПЖ, сопутствующей травмы желчных путей и двенадцатиперстной кишки, возможна только при условии широкого вскрытия сальниковой сумки и, если это необходимо, мобилизации панкреатодуоденального комплекса.

Выбор хирургической тактики и технических деталей операции зависит от степени и локализации повреждения железы и смежных с ней органов. Прежде всего необходимо обеспечение надежного гемостаза, что следует делать с помощью прошивания нерассасывающимися нитями на атравматических иглах. При отсутствии данных о повреждении главного протока железы и значительном повреждении паренхимы, наличии парапанкреатической гематомы, объем операции может быть ограничен дренированием сальниковой сумки, а также ретропанкреатического пространства множественными трубками для последующего промывания. Использование марлевой тампонады при свежей травме ПЖ должно быть ограничено теми случаями, когда добиться гемостаза другими способами оказывается невозможным. Попытки использования метода панкреатооментопексии при повреждениях ПЖ в большинстве случаев приводят к усугублению травматического панкреонекроза.

При поздних оперативных вмешательствах по поводу травм ПЖ, когда уже развился гнойный парапанкреатит, а также при релапаротомиях по поводу инфицированного травматического панкреонекроза целесообразно применение открытых способов хирургического лечения по типу оментобурсостомии.

При повреждениях главного протока ПЖ, вплоть до его полного пересечения, попытки его пластики на дренаже или без него не оправданы, поскольку они в большинстве случаев сопровождаются развитием перитонита, стойких панкреатических свищей и других осложнений. В такой ситуации целесообразно наружное дренирование дистального конца пересеченного протока с формированием свища и последующим созданием панкреатоеюноанастомоза, либо внутрипротоковой окклюзии (пломбировки). При сочетании разрыва протока со значительным повреждением паренхимы дистальных отделов железы, оправдано выполнение резекции тела и хвоста железы на уровне пересечения главного протока.

Характер операции при сочетанных повреждениях головки железы и двенадцатиперстной кишки зависит от локализации и характера по-

вреждения. Могут применяться поперечное ушивание раны вертикальной ветви кишки, создание бокового дуоденоеюноанастомоза с изолированной кишечной петлей; формирование прямого дуоденодуодено- или дуоденоеюноанастомоза; дополнительное выключение кишки из транзита пищевых масс путем прошивания антрального отдела желудка и создания гастроэюноанастомоза; резекция желудка с гастроэюноанастомозом по Ру. При наиболее тяжелых повреждениях всех элементов панкреатодуоденального комплекса допустимо обсуждение показаний к вынужденной панкреатодуоденальной резекции.

В лечении больных с травмой ПЖ важнейшее значение имеет проведение в послеоперационном периоде интенсивной терапии, в том числе антибактериальной и антиферментной, которую следует проводить по принципам лечения панкреонекроза вне зависимости от его этиологии.

Хирургическое лечение последствий травмы поджелудочной железы целесообразно производить в отдаленные сроки.

Раздел 3. Портальная гипертензия: кровотечение из расширенных вен пищевода. Диагностика, профилактика, лечение

Наиболее частыми проявлениями портальной гипертензии, требующими хирургической коррекции, являются пищеводно-желудочные кровотечения из варикозно расширенных вен.

У больных с внепеченочной формой портальной гипертензии угроза кровотечения из вен пищевода является абсолютным показанием к полномасштабному портосистемному шунтированию (ПСШ) с максимально возможной камерой анастомоза.

Длительный период сдержанного отношения к ПСШ у больных циррозом печени не принес заметного прогресса в хирургии портальной гипертензии. Треть таких больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка умирают от гастроэзофагеального кровотечения. При реальной угрозе этого осложнения профилактическое ПСШ остается наиболее эффективным хирургическим вмешательством.

Целесообразно выполнение парциального и селективного типов ПСШ, позволяющих частично сохранить воротный кровоток за счет притока мезентериальной крови, обеспечивающей удовлетворительную функцию печени. Учитывая сложность выполнения портокавальных анастомозов заданного размера, а также их склонность к расширению в отдаленном периоде, оправдано применение синтетических сосудистых протезов, в том числе, в качестве ограничивающих экстравазальных манжет, позволяющих длительное время осуществлять парциальный тип шунтирования.

При определении показаний к ПСШ у больных циррозом печени следует учитывать степень активности цирроза печени и компенсацию ее функции, наличие латентной энцефалопатии, опорные показатели портальной гемодинамики и индивидуальные особенности ангиоархитектоники.

В арсенале вмешательств при развившемся кровотечении из вен пищевода остаются прямые операции на венах пищевода и желудка, эндоскопические и эндоваскулярные манипуляции. При продолжающемся кровотечении из вен пищевода и кардии объем операции, направленной исключительно на гемостаз, должен быть минимальным.

Опыт использования гастротомии с прошиванием варикозных вен пищевода позволяет рекомендовать данное вмешательство в экстренной и плановой ситуации, когда имеются противопоказания к ПСШ или анатомические условия делают его невозможным.

Больные после гастротомии с прошиванием вен эзофагокардиальной зоны подлежат динамическому эндоскопическому контролю. По данным контрольной эндоскопии определяется тактика лечения, составляющей которого может быть медикаментозная терапия, либо этапное проведение склерозирования варикозных вен пищевода. Рецидив кровотечения в отдаленном периоде является показанием к проведению повторного хирургического вмешательства или эндоваскулярной эмболизации вен желудка.

Минимальная травматичность эндоскопических методов гемостаза (склерозирование, лигирование и клипирование) делает их перспективными в лечении кровотечений из вен пищевода у больных циррозом печени. Склеротерапия может применяться как способ гемостаза и как метод профилактики кровотечения. Однако, данная методика не является альтернативой хирургическим вмешательствам и должна выполняться у больных с суб- и декомпенсированным циррозом печени.

Критическая цитопения (тромбоцитопения), которую расценивают как “гиперспленизм”, при гигантских и больших размерах селезенки в исключительных случаях может быть относительным показанием к операции.

Раздел 4. Возможности хирургического лечения заболеваний селезенки и системы крови

До настоящего времени многие хирурги единственно возможным вмешательством на селезенке считают спленэктомию. Это остается актуальным при системных заболеваниях крови и злокачественных опухолях. Однако, последствия удаления селезенки, которые проявляются имму-

нодефицитными состояниями, нарушениями системы гемостаза, астеническим синдромом, диктуют необходимость поиска путей сохранения селезеночной ткани.

Современные сведения об анатомическом строении этого органа, возможности диагностики, внедрение новых хирургических технологий, шовных и гемостатических материалов позволяют выполнять органосберегающие операции на селезенке при доброкачественных очаговых новообразованиях и травматических повреждениях. Образования отличает скудность клинических проявлений при неосложненном течении. Наиболее информативными в диагностике являются ультразвуковое исследование, предпочтительно дополненное цветным дуплексным картированием, компьютерная томография, которые также имеют решающее значение при выборе предстоящего варианта вмешательства. Важнейшей задачей диагностики остается выявление признаков злокачественного и паразитарного характера образования.

Для успешного выполнения резекций селезенки необходим постоянный контроль (пережатие) магистральных сосудов с помощью предварительно установленных турникетов вплоть до окончательного гемостаза на культе органа. Целесообразно использование современных технических методик, таких как плазменный и аргоновый скальпель, ультразвуковой диссектор. Дополнительный гемостаз раневой поверхности культи органа проводится с помощью электрокоагуляции в специальных режимах (“спрей”), прошивания рассасывающимися синтетическими нитями на атравматических иглах, аппликации гемостатических материалов (губка, тахокомб, и т.п.), покрытия клеевыми композициями.

При расположении образования в области полюсов, по передней поверхности селезенки вмешательство может быть произведено с использованием лапароскопической технологии.

В условиях специализированных хирургических отделений возможно выполнение органосберегающих вмешательств при паразитарном поражении селезенки. Предпочтение отдается идеальной эхинококкэктомии.

При жидкостных образованиях селезенки возможно выполнение чрескожных вмешательств в условиях местной анестезии. Окончательно характер образования оценивается по результатам тонкоигольной пункции под контролем УЗИ и цитологического исследования пунктата. При небольших образованиях (до 3–4 см), предпочтительнее одномоментное пункционное вмешательство с введением склерозирующего медикаментозного препарата. При образованиях большого размера, особенно с наличием ригидной оболочки, гнойным содержимым, целесообразно проведение катетерного дренирования. Чрескожные лечебные пункции и катетерное дренирование являются

эффективными малотравматичными органосохраняющими вмешательствами.

Гетеротопическая аутотрансплантация селезеночной ткани позволяет избежать многих тяжелых последствий удаления органа, и может быть рекомендована к применению.

Пациенты, перенесшие спленэктомию, даже если она была дополнена гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани, составляют группу повышенного риска развития иммунодефицитных состояний и нарушений системы гемостаза. Важным этапом спленэктомии у гепа-

тологических больных является максимально щадящее отделение ворот селезенки от хвоста поджелудочной железы, выделение и перевязка коротких артерий желудка, а также тщательный гемостаз мелких сосудов ложа селезенки и рассеченных спаек. Особое внимание следует обращать на выявление и удаление дополнительных селезенок для профилактики рецидива заболевания.

Составил В.В. Цвиркун