

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов

Куратор раздела

С. В. Готье

Составил

А. В. Семенов

РНЦХ РАМН (Директор – академик РАМН
Б.А. Костантинов), 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.A. Konstantinov), Moscow

Pancreas resection and islet autotransplantation for end-stage chronic pancreatitis

S. A. White, J. E. Davies, C. Pollard et al.

From the Department of Surgery at Leicester General Hospital and The University Leicester, Leicester, United Kingdom

Ann Surg 2001, Vol. 233. № 3, 423–431.

Панкреатэктомия и аутотрансплантация островковых клеток поджелудочной железы

Целью данного исследования является оценка безопасности и эффективности аутотрансплантации островковых клеток поджелудочной железы для предотвращения диабета после тотальной панкреатэктомии.

Аутотрансплантация островковых клеток поджелудочной железы подразумевает инфузию больших объемов неочищенного панкреатического экстракта в воротную вену, что вызывает озабоченность по поводу безопасности данной процедуры. В литературе недостаточно работ с оценкой послеоперационной смертности, частоты развития осложнений, степени уменьшения болевого синдрома и инсулинзависимости после аутотрансплантации островковых клеток поджелудочной железы при снижении объема вводимой ткани путем очищения панкреатического экстракта. За 54-месячный период 24 пациента подверглись панкреатэктомии с аутотрансплантацией островковых клеток поджелудочной железы. Островковые клетки изолировали с использованием коллагеназы и полуавтоматизированного метода разделения фракций панкреатического экстракта. Островковые клетки выделяли по градиенту плотности, используя СОВЕ-процессор. Клетки эмболизировали в портальную, селезеночную или обе вены.

Средний объем вводимого экстракта составлял 9.9 мл. Среднее количество трансплантированных островковых клеток составило 140.419 интернационального островкового эквивалента на 1 кг. Среднее увеличение портального давления после эмболизации было равно 8 мм рт. ст. Ранние осложнения манипуляции включали ишемию двенадцатиперстной кишки, клиновидный инфаркт селезенки, частичный тромбоз воротной вены, тромбоз селезеночной вены. Основной причиной осложнений в отдаленные сроки являлась спаечная непроходимость. У 8 пациентов отмечена транзиторная независимость от инсулина. У 3 пациентов инсулиннезависимость сохранялась до момента написания данной работы. У пациентов, которым выполнили аутотрансплантацию островковых клеток поджелудочной железы, отмечено существенное снижение потребности в инсулине, а уровень гликозилированного гемоглобина был существенно ниже, чем у пациентов после тотальной панкреатэктомии без трансплантации островковых клеток.

Сочетание тотальной панкреатэктомии и аутотрансплантации островковых клеток поджелудочной железы может быть относительно безопасной хирургической процедурой. К сожалению, почти все пациенты оставались инсулинзависимыми, однако у них уменьшались ежедневная потребность в инсулине и уровень гликозилированного гемоглобина по сравнению с пациентами, перенесшими тотальную панкреатэктомию без трансплантации островковых клеток поджелудочной железы. В дальнейшем необходимо проведение проспективного рандомизированного исследования для оценки отдаленных результатов сочетания тотальной панкреатэктомии и аутотрансплантации островковых клеток с целью вы-

яснения влияния данной лечебной тактики на развитие диабетических осложнений в отдаленные сроки.

Реф. А.В. Семенковым

Печень

The Brisbane 2000 terminology of liver anatomy and resections

Terminology Committee of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association: Chairman, SM Strasberg (USA)

J. Belghiti (France), P.A. Clavien (Switzerland), E. Gadzijev (Slovenia), J.O. Garden (UK), W.Y. Lau (China), M. Makuuchi (Japan) and R.W. Strong, Australia

HPB 2000, Vol. 2, № 3, 333–339

Брисбанская терминология резекций и анатомии печени 2000 года

Научный комитет ИНРВА, собравшийся в декабре 1998 г., создал комиссию по терминологии с целью устранения путаницы в номенклатуре анатомии печени и ее резекций. Искомая терминология должна была отвечать требованиям анатомической корректности со сходными анатомическими и хирургическими терминами, которые должны быть непротиворечивыми, не требующими пояснений, лингвистически корректными, переводимыми, точными и лаконичными.

После 18 мес. работы, Интернациональный комитет представил терминологию, которая была принята ИНРВА на последнем Всемирном конгрессе в Брисбане. Целью настоящей статьи было изложение данной терминологии.

Реф. А.В. Семенковым

Selection criteria for hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma and portal vein tumor thrombus

M. Minagawa, M. Makuuchi, T. Takayama, K. Ohtomo

From the Department of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, Department of Artificial Organ and Transplantation, and the Department of Radiology, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Japan

Ann Surg 2001, Vol. 233, № 3, 379–384

Показания к резекции печени у пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой и опухолевым тромбозом портальной вены

Опухолевый портальный тромбоз у пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой является наиболее неблагоприятным прогностическим фактором. На сегодняшний день стандартной лечебной тактики не существует. Авторы поставили

задачу оценки разработанной ими методики предоперационной транскатетерной артериальной химиоэмболизации.

В исследование были включены 45 (10%) из 455 пациентов, с 1989 по 1998 г. поступавших по поводу гепатоцеллюлярной карциномы. Критериями отбора этих 45 пациентов были опухолевый тромбоз портальной вены и отсутствие отдаленных метастазов. Из 23 (50%) пациентов, включенных в исследование, 18 произвели резекцию печени, а 5 – лигирование печеночной артерии или портальной вены. Всем 23 больным выполняли предоперационную транскатетерную артериальную химиоэмболизацию. Из оставшихся 22 пациентов, не имевших показаний к резекции печени, 10 подвергнуты регионарной химиотерапии, 12 – транскатетерной артериальной химиоэмболизации.

Средняя продолжительность выживания в группе из 18 пациентов, при лечении которых транскатетерную артериальную химиоэмболизацию сочетали с резекцией печени, составила 3.4 ± 2.7 года, в то время как в группе из 27 пациентов, которым резекцию не выполняли – 0.36 ± 0.26 года. Выживаемость при выполнении резекции печени в сочетании с предоперационной транскатетерной артериальной химиоэмболизацией, составляла 82% в 1-й год, 42% на 3-й год, 42% на 5-й год. При одномерном анализе выяснено, что окклюзия портального ствола опухолевым тромбом, наличие трех и более первичных узлов, степень поглощения индоцианового зеленого на 15-й минуте на 20% и ниже, лечебная тактика без выполнения резекции печени являлись важными неблагоприятными прогностическими факторами. По данным многомерного анализа, выполнение резекции печени было единственным фактором, значительно влиявшим на выживание пациентов.

Таким образом, длительное выживание может быть достигнуто только при условии выполнения резекции печени с предварительной транскатетерной артериальной химиоэмболизацией, когда количество первичных узлов не более двух, ствол портальной вены не окклюзирован опухолевым тромбом, а степень задержки индоцианового зеленого на 15-й минуте более 20%.

Реф. А.В. Семенковым

Lymph node metastasis from hilar cholangiocarcinoma: audit of 110 patients who underwent regional and paraaortic node dissection

Y. Kitagawa, M. Nagino, J. Kamiya et al.

From the First Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine, Nagoya, Japan

Ann Surg 2001, Vol. 233, № 3, 385–392

Метастазы гиллюсной холангиокарциномы в лимфатические узлы: анализ результатов лечения 110 пациентов, подвергнутых регионарной и парааортальной лимфаденэктомии

До сих пор работы, посвященные оценке рутинного выполнения регионарной и парааортальной лимфаденэктомии при холангиокарциноме ворот печени, отсутствовали. Влияние частоты поражения регионарных и парааортальных лимфоузлов, способа лимфатического распространения и эффективности выполнения расширенной диссекции лимфатических узлов на выживание больных оставалось неизвестным.

Данная работа предпринята с целью выяснения эффективности рутинного выполнения расширенной лимфаденэктомии при холангиокарциноме ворот печени.

В исследование включено 110 пациентов, которым выполняли резекцию печени с диссекцией регионарных и парааортальных лимфоузлов по поводу гиллюсной холангиокарциномы. Микроскопически исследовано 2652 удаленных лимфоузла.

Из 110 пациентов у 52 (47.3%) лимфоузлы не были вовлечены, у 39 (35.5%) обнаружены метастазы в регионарных лимфоузлах, у 19 (17.3%) пациентов – как в регионарных, так и в парааортальных лимфоузлах. Частота вовлечения лимфоузлов была значительно выше у пациентов с рТ₃-стадией опухолевого поражения (по классификации TNM), чем у пациентов с рТ₂-стадией. Наиболее часто были вовлечены перихоледохальные лимфоузлы (42.7%), перипортальные лимфоузлы (30.9%), лимфоузлы общей печеночной артерии (27.3%) и задние панкреатодуоденальные узлы (14.5%). Вовлечение чревных и верхних мезентериальных узлов было редким. Трех- и пятилетняя выживаемость составила соответственно 55.4 и 30.5% у 52 пациентов без вовлечения узлов, 31.8 и 14.7% у 39 пациентов с метастазами в регионарных лимфоузлах, 12.3 и 12.3% у 199 пациентов с метастазами в парааортальных лимфоузлах.

Проанализировав полученные данные, авторы пришли к заключению, что при обширных гиллюсных холангиокарциномах часто поражаются парааортальные и регионарные лимфоузлы. Тот факт, что длительное выживание пациентов возможно даже при рN2 рM1 стадии заболевания свидетельствует о необходимости выполнения у пациентов с гиллюсной холангиокарциномой радикальных хирургических операций с расширенной диссекцией лимфоузлов.

Реф. А.В. Семенковым

Bile leakage after hepatic resection

Y. Yamashita, Ta. Hamatsu, T. Rikimaru et al.

From the Department of Surgery II, Faculty of Medicine, Kyushu University, Fukuoka, Japan

Ann Surg 2001, Vol. 233, № 1, 45–50

Желчные затеки после резекции печени

Желчные затеки остаются наиболее распространенной причиной серьезных осложнений после резекции печени. Целью исследования были определение факторов риска послеоперационного подтекания желчи после резекции печени, оценка интраоперационного теста подтекания желчи как профилактической меры, предложение лечебной стратегии при послеоперационном подтекании желчи в соответствии с результатами, полученными у исследуемых.

Авторы анализируют результаты лечения 781 пациента, которому с января 1985 г. по июнь 1999 г. выполнили резекцию печени без билиодигестивных анастомозов. Периоперационные факторы риска, имевшие отношение к послеоперационному подтеканию желчи, были определены при помощи одномерного и многомерного анализов.

По данным исследования, подтекания желчи развилось у 31 (4.0%) из 781 пациента, перенесшего резекцию печени. Данное осложнение было сопряжено с высокой летальностью – 2 (6.5%) пациента умерли. Поэтапный логический регрессивный анализ определил высокую степень риска вмешательств, при которых резецированная поверхность включала ворота печени (т.е. передняя сегментэктомия, центральная бисегментэктомия или тотальная резекция хвостатой доли). Характеристики вмешательств оценивались как независимый прогностический фактор развития послеоперационного подтекания желчи. Ни у одного из 102 пациентов, которым выполняли интраоперационный тест на подтекание желчи, осложнение впоследствии не развилось, а предупреждающая эффективность теста была статистически значимой. Результаты лечения пациентов с физиологически доказанным подтеканием из ворот печени были плохими в условиях послеоперационного асцита. Прецизионность выполнения хирургического вмешательства, а также использование интраоперационного теста подтекания желчи являлись обязательными условиями выполнения вмешательства повышенного риска, особенно у пациентов с циррозом печени.

Реф. А.В. Семенковым

Liver resection without total vascular exclusion: hazardous or beneficial? An analysis of our experience

G. Torzilli, M. Makuuchi, Y. Midorikaw, et. al.

From the Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery Division, Artificial Organ and Transplantation Division, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Japan

Ann Surg 2001, Vol. 233, № 2, 167–175

Резекция печени без тотального пережатия сосудов: опасно или благотворно?**Анализ собственного опыта**

Целью данного исследования была ретроспективная оценка риска при радикальной резекции печени, выполненной без сосудистой окклюзии. Выполнение сосудистой окклюзии рекомендуется для минимизации риска резекций печени, особенно в случаях резекции паракаваальной части печени. Однако данная методика имеет ряд существенных недостатков.

В работе произведена ретроспективная оценка результатов лечения 329 из 471 пациента, которому с октября 1994 г. по октябрь 1999 г. была выполнена резекция печени. Все пациенты имели опухоли с вовлечением I, VII или VIII сегмента или проксимальной части IV сегмента. Им были выполнены обширные резекции, в процессе которых потребовалось выделение нижней полой вены (НПВ), основных стволов печеночных вен или/и того и другого. 64 пациентам выполнена резекция, включавшая резекцию I сегмента с реконструкцией НПВ и/или печеночных вен, или без нее.

В 324 из 329 наблюдений резекция выполнялась в условиях периодической тепловой ишемии. У 6 пациентов пережатия сосудов не производили. Ни у одного из этих пациентов не возникло необходимости в прекращении печеночного кровотока. Госпитальной летальности (30 сут) не отмечено. Осложнения развились у 25.5% больных, но только в 2.1% наблюдений они были серьезными. 13 (3.9%) пациентам потребовалась гемотрансфузия. Часть стенки НПВ резецировали у 6 пациентов, печеночные вены реконструировали у 4. У всех пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству, резекции были радикальными.

Полученные результаты продемонстрировали, что хирургические вмешательства, выполненные без сосудистой окклюзии могут быть безопасными и эффективными даже при опухолях печени, вовлекающих устья печеночных вен. Это позволяет утверждать, что сосудистая окклюзия

в дальнейшем должна выполняться лишь в отдельных наблюдениях.

Реф. А.В. Семенковым

Желчные пути**Long-term outcome after repair of major bile duct injury created during laparoscopic cholecystectomy**

R.S. Hart, R.B. Passi, and W.J. Wall

Department of Surgery, London Health Sciences Centre-University Campus, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada

HPB 2000, Vol. 2, № 3, 325–332

Отдаленные результаты реконструкции крупных желчных протоков, поврежденных в процессе лапароскопической холецистэктомии

Повреждения крупных внепеченочных желчных протоков являются наиболее тяжелым техническим осложнением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Целью данного исследования было выяснение отдаленных результатов после реконструкции поврежденных протоков.

С 1991 по 1997 г. было обследовано 24 пациента (20 женщин, 4 мужчин) в возрасте от 20 до 83 лет (в среднем 36.1 года) с повреждениями крупного желчного протока. У 11 больных повреждения были выявлены в процессе выполнения ЛХЭ и у 13 – позднее.

Холедохо-холедохоанастомоз (ХХА) конец в конец был выполнен 9 пациентам: 7 в процессе холецистэктомии и 2 при более позднем выявлении повреждения. 8 ХХА оказались несостоятельными и в среднем через 6.4 мес. (от 8 дней до 15 мес.) потребовали гепатикоеюностомии (ГЕС). ГЕС как первичная реконструкция использовалась у 15 пациентов (4 повреждения, выявленных в процессе ЛХЭ и 11 – впоследствии). Средний срок послеоперационного выявления повреждения составлял 11 дней (от 3 до 21 дня), среднее время до восстановительной операции – 45 дней (от 10 до 159 дней). На 23 ГЭС лишь 1 раз потребовалась повторная операция. Средний бессимптомный период после ГЕС составил 4.5 года у 96% пациентов.

Таким образом, при повреждении крупного желчного протока ГЕС является предпочтительным вмешательством, обеспечивающим хорошие отдаленные результаты.

Реф. А.В. Семенковым

Survival and quality of life after bile duct reconstruction for iatrogenic injury

M.A. Mercado, H. Orozco, L.M. Lopez–Martinez, A.P. Perez del Villar, M. Tielve, and R. Martinez

Instituto Nacional de la Nutritión,
'Salvador Zubiran', Mexico, DF

HPB 2000, Vol. 2, № 3, 321–324

Выживаемость больных и качество их жизни после реконструкции ятрогенно поврежденных желчных протоков

Частота повреждения желчных протоков в процессе как лапароскопических, так и стандартных холецистэктомий остается на уровне 0.3–0.6%. Данное исследование посвящено оценке выживаемости и качества жизни пациентов, перенесших реконструкцию.

Оцениваются результаты лечения 122 пациентов с ятрогенно поврежденными желчными протоками, подвергшихся реконструктивным операциям за 9-летний период. В 80 наблюдениях повреждение произошло в процессе стандартного хирургического вмешательства, в 42 – в процессе лапароскопической операции (средний возраст пациентов 38 лет).

У всех 122 пациентов реконструкция осуществлена путем выполнения гепатикоэюностомии по Ру. Чреспеченочные стенты не использовались лишь в 10 наблюдениях. 6 пациентам накладывали отдельные анастомозы с левым и правым печеночными протоками, 24 пациентам выполняли резекцию IV сегмента печени с целью обнажения воротных структур. Летальность составила 1.7%. В 16% наблюдений после извлечения чреспеченочного стента потребовалось выполнение рентгенологических манипуляций для извлечения детрита и камней или для дилатации анастомозов. Клиническое выздоровление (в том числе нормализация биохимических показателей) было достигнуто у 101 (83%) пациента.

Таким образом, полная реабилитация пациента после ятрогенного повреждения желчных протоков может быть достигнута более чем в 80% наблюдений при условии, что реконструктивная операция выполняется в специализированном медицинском центре. Гепатикоэюностомия является методом выбора, сочетающимся (в случае необходимости) с чреспеченочным стентированием.

Реф. А.В. Семеновым

Поджелудочная железа**The role of octreotide in preventing complications after pancreatoduodenectomy for cancer**

A. Andrén–Sandberg, G. Flati, and M. Büchler

Department of Surgery, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway; Second Department of Surgery,

Policlinico Umberto, University of Rome 'La Sapienza', Rome, Italy; Department of Visceral and Transplantation Surgery, Iselspital, University of Bern, Bern, Switzerland

HPB 2000, Vol. 2, № 3, 299–312

Роль октреотида в предупреждении развития осложнений после панкреатодуоденальной резекции по поводу рака

Несмотря на то что за последние два десятилетия смертность после панкреатодуоденальной резекции резко снизилась, риск развития серьезных осложнений в результате несостоятельности анастомоза культи поджелудочной железы и кишки до настоящего времени сохраняется. Описано множество методик, направленных на минимизацию риска данного осложнения. Однако этого бывает трудно избежать, если проток поджелудочной железы не расширен, а консистенция паренхимы поджелудочной железы мягкая. Риск подтекания в значительной степени зависит от наличия активированных ферментов поджелудочной железы, что является основанием для периперитонеального использования аналога соматостатина октреотида для подавления экзокринной панкреатической секреции.

Вопросу профилактического использования октреотида в хирургии поджелудочной железы посвящено 6 публикаций, отражающих данные проспективных рандомизированных контролируемых исследований, 5 из которых выполнены в Европе и 1 – в США. В 5 мультицентровых Европейских работах исследователи пришли к единому выводу об эффективности назначения октреотида с целью уменьшения частоты развития послеоперационных осложнений. Это, однако, отличалось от результатов Американского исследования, которое данных выводов не подтвердило. Методологические различия могут объяснять причину подобного расхождения во мнениях, особенно факт, что большинство пациентов в США в предоперационном периоде подвергались лучевому лечению и химиотерапии, что, вероятно, снижало секрецию ферментов. Метаанализ 4 из данных исследований продемонстрировал, что назначение октреотида снизило частоту развития панкреатической фистулы с 37 до 21%. Профилактическое назначение октреотида признается авторами эффективным, и они пришли к заключению о целесообразности его назначения по крайней мере у пациентов с нормальной паренхимой поджелудочной железы.

Реф. А.В. Семеновым