

Резолюция

IX конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ

16-18 мая 2002 г., Санкт-Петербург

"Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском"

В последние годы отмечается рост числа осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц с повышенным операционным риском. Пожилой и старческий возраст сам по себе не является фактором риска, служащим основанием для отказа от полноценного планового хирургического лечения. Вместе с тем, у таких пациентов необходима более тщательная оценка сопутствующих патологических состояний и степени их компенсированности, что требует обязательного участия соответствующих специалистов и анестезиологов. Целесообразно при оценке степени риска операции использовать международную классификацию ASA.

Важными факторами повышенного риска операции являются осложнения основного заболевания как в желчном пузыре (эмпиема, склеротические изменения), так и вокруг него (инфильтрат, абсцесс) в желчных протоках (холангиолитиаз, холангит, механическая желтуха), печени (гепатит, ангиохолит, абсцесс), поджелудочной железе. Перитонит, особенно распространенный, значительно осложняет прогноз и повышает риск оперативного лечения.

При остром холецистите, особенно с развившимися осложнениями, также необходима оценка соматического статуса больных, интенсивная корригирующая подготовка их к операции. Следует особо отметить, что данное обстоятельство не должно быть поводом для задержки хирургического лечения, которая особенно опасна у лиц пожилого и старческого возраста. Оправданно проведение указанной подготовки в условиях реанимационного отделения.

При остром обструктивном холецистите и тяжелом состоянии больного в ряде случаев дает результат пункция желчного пузыря и декомпрессивная микрохолецистостомия с использованием миниинвазивных технологий. В остальных случаях нужно стремиться к радикальному вмешательству - холецистэктомии, так как у лиц с повышенным операционным риском многоэтапные операции и быстро приводящее к истощению наружное желчеотведение чреваты самыми серьезными последствиями.

При холецистэктомии целесообразно использовать миниинвазивные технологии (лапароскопию, мини-доступ). При лапароскопическом варианте операции у больных с тяжелыми сердечно-легочными изменениями внутрибрюшное давление при создании пневмоперитонеума должно превышать 6-8 мм рт.ст. или следует использовать лифтинговые приспособления.

При выборе метода обезболивания у лиц с повышенным операционным риском следует отдавать предпочтение эпидуральной анестезии в ее четании с препаратами, обеспечивающими отсутствие больного в операционной.

В настоящее время чаще встречаются безжелтушные формы холедохолитиаза, поэтому операционная холангиография остается ценным методом диагностики камней в желчных протоках. Современные способы интраоперационного УЗИ по информативности близки к прямому контрастированию и могут служить поводом для отказа от холангиографии. При обнаружении камней в желчных протоках в ходе экстренных и срочных операций у лиц с повышенным операционным риском предпочтительно проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией что возможно как непосредственно во время операции (если позволяет состояние больного и техническое оснащение), так и в послеоперационном периоде. В таких ситуациях холецистэктомию целесообразно заканчивать временным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока.

При крайне тяжелом состоянии больного и невозможности обеспечить полноценную операцию допустимо окончание вмешательства санацией и дренированием желчного пузыря с дополнением дренированием подпеченочного пространства. Через 1-1.5 мес. после соответствующей подготовки больному показана холецистэктомия

Симпозиум "Диагностика и лечение гемангиом печени"

Гемангиомы - наиболее часто встречающаяся скорма очаговых образований печени. Число таких больных существенно увеличилось в связи с широким внедрением современных методов неинвазивного обследования, прежде всего УЗИ. Значительная часть гемангиом печени выявляется при обследовании по другому поводу, но это обстоятельство не освобождает от необходимости использования всех диагностических возможностей для исключения злокачественного характера новообразования. Целесообразно направление больного в специализированное учреждение, где следует решать вопрос о необходимости хирургического лечения.

Показаниями к оперативному лечению гемангиом печени являются:

— рост и изменение структуры образования, подтвержденные данными динамического обследования:

- появление и прогрессирование клинических симптомов, обусловленных наличием гемангиомы (чувство тяжести, боли, увеличение размеров печени, пальпируемое новообразование и др.);

- отсутствие уверенности в морфологической правильности диагноза.

Больные с гигантскими (более 15 см в одном из размеров) гемангиомами печени подлежат плановому оперативному лечению в специализированных учреждениях, если к этому нет соматически обусловленных противопоказаний. Допустимо использование способов эндоваскулярной окклюзии как с целью подготовки к операции, так и в качестве окончательного вида лечения, если операция представляется невыполнимой.

Оптимальным способом удаления гемангиом печени является анатомическая резекция при условии минимального наличия неизменной ткани в удаляемой части органа и подтвержденной специальным обследованием компенсаторной полноценности остающейся части. В других ситуациях показана атипичная околоопухолевая резекция, при которой сохраняется непораженная ткань печени. Лапароскопические методы целесообразно использовать при иодкапсульном, преимущественно экстраорганным расположении гемангиом. При этом оперирующая бригада должна располагать необходимыми методами гемостаза и иметь возможность незамедлительно перейти к конверсии вмешательства с целью его благополучного завершения.

При оперативном лечении больных с билобарным расположением гемангиом должны соблюдаться те же, что и при одностороннем поражении принципы формирования показаний и выбора объема операции, важнейшим из которых в таких случаях является оценка компенсаторных возможностей сохраняемой паренхимы органа. Допустимы комбинации радикальной резекции со стороны локализации гемангиомы наибольшего объема с частичной или условно радикальной операцией на другой доле.

Хирургические мероприятия при спонтанных разрывах гемангиом печени в первую очередь должны быть направлены на остановку кровотечения. Ангиографические методы с эндоваскулярными вмешательствами в значительной части случаев помогают установить точный топический диагноз, позволяют уменьшить, а в ряде наблюдений остановить кровотечение, что дает возможность более тщательно обследовать больного и подготовить его к радикальной операции. В случае невозможности или неэффективности использования эндоваскулярных методов лечения необходима экстренная операция. В ходе этой операции оправдан отказ от чреватых фатальным исходом попыток обязательного радикального удаления опухоли, так как значительно важнее максимально надежная остановка кровотечения. Дальнейшее лечение таких пациентов целесообразно проводить в специализированных учреждениях.

Удаление гемангиом печени при сочетанных операциях на органах брюшной полости нельзя считать обязательным. Однако, если к этому имеются соответствующие возможности и изложенные выше показания, такие операции целесообразны.

Симпозиум "Миниинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита"

Тяжелые формы острого деструктивного панкреатита остаются сложнейшей проблемой неотложной абдоминальной хирургии, так как, несмотря на применение самых современных способов диагностики и лечения, сопровождаются высокой летальностью. Лечение таких больных целесообразно проводить в условиях многопрофильного стационара.

Для определения формы течения острого панкреатита целесообразно применять классификацию, предложенную в Атланте в 1992 г., которая, несмотря на ряд недостатков, наиболее широко используется специалистами во всем мире.

Миниинвазивные технологии, представляющие собой комплекс диагностических и лечебных мероприятий, выполняемых под контролем и с помощью лучевых и эндоскопических методов без травматичной лапаротомии, в последние годы все более часто применяются при тяжелых формах острого панкреатита. Объем указанных мероприятий определяется уровнем технического оснащения лечебного учреждения и квалификацией специалистов.

Динамическое УЗИ и КТ должно проводиться всем больным с острым деструктивным панкреатитом независимо от сроков поступления. Тонко-игольная аспирационная пункция со срочным бактериологическим исследованием позволяет наряду с клинико-лабораторными показателями своевременно диагностировать инфицирование панкреонекроза, одновременно являясь лечебной процедурой. Лапароскопия показана в случаях панкреатогенного перитонита, при подозрении на деструктивный холецистит и неясных клинических признаках острого заболевания органов брюшной полости.

Миниинвазивные методы лечения наиболее эффективны при наметившемся ограничении деструктивного процесса и образовании локальных гнойников. Данные методы лечения могут быть как окончательными, так и этапными. Холецистостомия и декомпрессия желчных путей показаны при остром деструктивном панкреатите, сопровождающемся билирной гипертензией и механической желтухой.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия необходима в случаях острого билиарного панкреатита, при наличии конкрементов в общем желчном протоке и ущемлении камня в большом дуоденальном сосочке. В таких ситуациях она должна выполняться в срочном порядке. В случае неудачи необходимо срочное оперативное вмешательство, направленное на восстановление желчеоттока.

Аррозийные кровотечения при деструктивном панкреатите, как правило, развиваются при неадекватном дренировании зоны некроза. Хирургическая тактика определяется интенсивностью кровотечения, топикой и характером пораженного сосуда. При кровотечении из крупных сосудов показана экстренная операция и попытка окончательного гемостаза. Эмболизация кровоточащих сосудов представляется малоперспективной и может быть выполнена в очень ограниченном числе наблюдений.

Миниинвазивные технологии не должны рассматриваться как альтернатива традиционным методам лечения, если к ним есть показания. Такие технологии применяются на определенных этапах течения деструктивного панкреатита, позволяя уменьшить частоту неблагоприятных результатов, в том числе за счет создания более благоприятных условий для традиционных способов. При неэффективности миниинвазивных технологий показано оперативное лечение, обеспечивающее санацию и дренирование гнойных очагов. Такое лечение, как правило, является многоэтапным и в ряде случаев осуществимо из лапаро- и люмботомических мини-доступов.

Для формирования окончательной точки зрения о преимуществах лапаротомии, мини-доступа, эндовидеохирургических операций при тяжелых формах панкреатита требуется проведение более глубоких рандомизированных исследований и накопление клинического опыта.

Симпозиум "Гемобилия: диагностика и лечение"

Наряду с обширными закрытыми и открытыми повреждениями печени, число которых в последние годы увеличилось, причиной гемобилии остаются врожденные сосудистые аномалии, опухоли, а также осложненные формы желчнокаменной болезни. Кроме того, в качестве причин гемобилии возрастает роль ятрогенных воздействий. Более чем у половины больных гемобилия возникает вследствие миниинвазивных чрескожных чреспеченочных, реже эндоскопических, вмешательств. Особую разновидность гемобилии представляют осложнения пункции желчного пузыря, которые особенно опасны у больных с механической желтухой. Кровотечение в просвет пузыря приводит к его тампонаде сгустками, рецидиву желтухи и тяжелому холангиту.

Главными мерами профилактики гемобилии при выполнении миниинвазивных вмешательств на печени и желчных путях являются: - коррекция свертывающей системы крови: — постоянный ультразвуковой контроль при проведении пункции или введении дренажа в желчные пути;

- отказ от избыточных усилий при контрастировании протоковой системы и попытках бужирования стриктур:

- отказ от использования нестандартных (приспособленных) инструментов и оборудования:

- прицельное наблюдение за больными в послеоперационном периоде.

В диагностике гемобилии, помимо клинических и лабораторных данных, должны использоваться все современные методы (эндоскопические, УЗИ+дуплексное сканирование, СКТ с болюсным контрастным усилением), но ведущее место должно быть отведено ангиографическому обследованию. Этот метод позволяет не только установить правильный с этиологической и топической точки зрения диагноз, но и незамедлительно начать эндоваскулярные лечебные мероприятия, которые в большинстве наблюдений оказываются окончательными.

Диагностика гемобилии при наличии дренажей в желчных путях облегчается возможностью их прямого контрастирования, которое наиболее эффективно при рентгенотелевизионном контроле. При этом необходимо учитывать высокую вероятность обострения холангита, особенно в случаях неоправданной гиперпрессии и неадекватном дренировании. Наличие дренажей позволяет незамедлительно начать гемостатические мероприятия и выполнить рентгеноэндобилиарные манипуляции. Таким образом, может быть решена вторая, после остановки кровотечения лечебная задача при гемобилии — восстановление проходимости желчных путей. С этой целью в соответствующих ситуациях оправданно применение эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

В случаях невыполнимости или неуспеха эндоваскулярных и эндобилиарных вмешательств показано оперативное лечение, направленное на достижение надежного гемостаза и нередко билиарное дренирование. Такая ситуация часто возникает при портобилиарных свищах, устранить которые миниинвазивными способами удается редко.

При обширных разрушениях сегментов или долей печени, секвестрации ее ткани, крупных посттравматических гематомах и гнойниках, сопровождающихся гемобилией, единственными радикальными методами остаются расширенные вмешательства на печени вплоть до гемигепатэктомии. Такие операции должны выполняться в специализированных учреждениях.

*Составили В.В.Цвиркун и И.М.Буриев
21 мая 2002 г*