

## ХРОНИКА

## Резолюция X юбилейной конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Москва, 8–10 октября 2003 г.

### Доброкачественные стриктуры желчных протоков

В большинстве случаев рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) являются последствием холецистэктомии и других вмешательств на билиарном тракте. В последние годы, в связи с широким внедрением лапароскопических операций, наблюдаются чреватые развитием рубцовых стриктур осложнения (электротравма, неправильное расположение и миграция клипс), имеющие специфическое течение.

Для диагностики уровня и характера РСЖП следует применять УЗИ и КТ, что в значительном числе случаев позволяет дифференцировать их от опухоли. Наиболее перспективным с точки зрения информативности неинвазивным методом диагностики является МРТ по специальной программе холангиопанкреатикографии.

Более точно уровень и характер стриктуры определяется при прямом контрастировании билиарного тракта (фистулография, если имеется желчный свищ, ЧЧХГ, ЭРХГ), которое следует выполнять накануне или в день операции, так как задержка контрастного вещества в супрастенотических отделах желчных протоков чревата обострением холангита. Если операция откладывается, прямое контрастирование должно сопровождаться обязательным дренированием супрастенотических отделов желчных протоков.

Определение тактики операции в случаях “свежего” повреждения зависит от его уровня, степени пересечения и диаметра желчного протока, состояния его стенок, оснащения операционной и квалификации хирурга. При отсутствии последних условий операцию следует закончить наружным дренированием желчных протоков.

При краевом ранении возможно восстановление протока на Т-образном дренаже, а также эндоскопическое стентирование. При полном пересечении и достаточном диаметре протока – не менее 4 мм, допустима одномоментная реконструктивная операция – формирование гепатикоюноанастомоза с “отключенным” по Ру участком тонкой кишки, длина которого должна составлять 70–80 см. Поздние реконструктивные операции следует проводить через 2–3 месяца.

Особенностью повреждения протока при электротравме является трудность определения границ некроза стенки. При небольшом участке некроза следует выполнить его иссечение и сформировать БДА. Если указанные выше условия это не позволяют – произвести наружное дренирование желчных протоков.

Основным моментом, определяющим выбор операции при высокой РСЖП, является её локализация. В настоящее время наиболее приемлемой следует считать модифицированную Э.И. Гальпериным классификацию РСЖП Bismuth'a. Главным классификационным признаком является длина сохраненного общего печеночного протока (ОПП), состояние конfluence и самих доле-вых печеночных протоков.

Различают следующие стриктуры: “+2” – (культя ОПП более 2 см), “+1” – (культя общего ПП 1–2 см), “0” – (культя ОПП менее 1 см), “-1” – (культя ОПП нет, сохранен верхний-задний свод конfluence печеночных протоков), “-2” – (зона конfluence печеночных протоков разрушена, сохранены культя доле-вых протоков), “-3” – (рубцово-воспалительное поражение субдоле-вых печеночных протоков).

Основными правилами при формировании БДА являются: иссечение рубцовой ткани, прецизионная адаптация слизистых оболочек печеночных протоков и кишки, создание максимально широкого соустья без натяжения, длина “отключенной” петли кишки не менее 70–80 см.

Для доступа к неповрежденным участкам печеночных протоков при стриктурах “-2”–“-3” в большинстве наблюдений следует рассечь воротную пластинку и резецировать часть паренхимы IV сегмента печени.

При невозможности иссечения всех рубцовых тканей со стороны слизистой оболочки печеночных протоков и должной мобилизации их культей в отдельных наблюдениях следует использовать каркасное дренирование сменным транспеченочным дренажем.

В запущенных случаях гнойного холангита при стриктурах “-2”–“-3” сопровождающемся множественным абсцедированием одной доли печени, особенно при внутрипеченочном холангиолитиазе, целесообразна резекция пораженной до-

ли и создание полноценного БДА с сохраненными желчными протоками.

## Травматические повреждения печени

В последние 10 лет, преимущественно в связи с социальными причинами, число повреждений печени, осложненных шоком и кровопотерей увеличилось. Диагностика этих повреждений основана на данных УЗИ, позволяющих определить тяжесть повреждения самой печени, других органов брюшной полости, а также объем и распространенность гемоперитонеума. При ограниченной изолированной травме печени, гемоперитонеуме, локализуемом в одной анатомической области и стабильной гемодинамике допустимо консервативное ведение пострадавших. В таких случаях обязателен УЗ-контроль состояния брюшной полости каждые 2 часа, мониторинг числа эритроцитов и количества гемоглобина в периферической крови, темпа диуреза. В случае нарастания объема гемоперитонеума более 400–500 мл с распространением на 2 анатомические области, даже при стабильных указанных выше показателях показана экстренная операция.

Важным методом диагностики также является видеолапароскопия, позволяющая не только оценить характер повреждения печени, но и выявить другие повреждения в брюшной полости, эвакуировать кровь, в ряде случаев осуществить гемостаз травмированной печени. При неэффективности эндоскопического гемостаза показана лапаротомия.

Для полноценной ревизии органов брюшной полости необходимо выполнение срединной лапаротомии, дающей возможность оценить степень тяжести травмы печени и выполнить адекватный гемостаз. В случае возникновения технических трудностей при ушивании VII–VIII сегментов печени необходимо расширение срединной раны вправо. Эвакуацию крови из брюшной полости целесообразно осуществлять с помощью аппарата “Cell-saver” с последующей реинфузией компонентов крови. При поверхностных повреждениях печени рекомендуется использование бесконтактной, а также лазерной плазменной коагуляции, ушивание места травмы. При обширных повреждениях паренхимы необходимо глубокое прошивание. В случае наличия нежизнеспособных участков паренхимы показано их удаление. При глубоких и узких раневых каналах, а также при небольших разрывах и неэффективности прошивания целесообразно расширение раны поврежденной паренхимы путем гепатотомии, селективного прошивания кровоточащих сосудов и последующим сведением краев паренхимы.

В случае быстрого ухудшения показателей гемодинамики необходимо сдавление аорты ниже диафрагмы на 15–60 минут. При повреждениях печени высоких степеней тяжести целесообразно пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки в течение 10–30 минут. При травме полой вены и печеночных вен целесообразно тотальное “выключение” печени из кровотока путем над- и поддиафрагмального пережатия нижней полой вены.

При обширной закрытой травме, огнестрельных повреждениях паренхимы целесообразно дополнительное наружное сдавление печени, её пакетирование (тугая тампонада с оставлением тампонов в брюшной полости или выведением их на переднюю брюшную стенку). Удаление сдавливающих тампонов необходимо проводить не ранее 48 часов. Оптимальным сроком сохранения тампонов являются 6–7 суток.

Наиболее трудной является остановка кровотечения при нарушении целостности приводящих и отводящих сосудистых структур печени. Целесообразно при повреждении воротной вены и печеночной артерии, печеночных вен проводить ушивание дефектов сосудов, а в случае его неэффективности выполнять их перевязку.

В случаях тяжелых множественных и сочетанных повреждений при травме печени необходимо стремиться к использованию щадящих и органосохраняющих способов гемостаза. Однако, при их неэффективности, в ряде наблюдений, несмотря на крайний риск, возникает необходимость резекции печени, вплоть до гемигепатэктомии, как единственного способа спасения жизни пациента.

Окончательная оценка тяжести травмы печени проводится в послеоперационном периоде с учетом интраоперационного осмотра, данных УЗИ, КТ, МРТ. Это позволяет определить и унифицировать лечебную тактику. Для объективной оценки тяжести травмы печени целесообразно использовать классификацию Moore (1986 г.).

Оценку размеров, контуров и структуры посттравматических очаговых образований, состояния билиарной и сосудистой систем печени осуществляется при помощи динамических УЗИ, включая дуплексное сканирование, КТ, ангиографии. Это дает возможность прогнозировать и своевременно распознавать развитие осложнений.

Динамические УЗИ и УЗДГ очаговых посттравматических изменений на фоне небольших гематом печени в ранние сроки позволяет выявить наличие посттравматических артериальных аневризм и выполнить эффективный рентгенэндоваскулярный гемостаз. Своевременное использование малоинвазивных вмешательств –

дренирования под УЗ-наведением в лечении билем, билиогематом, инфицированных гематом, а также рентгенэндоваскулярный гемостаз при гемобилии позволяет предотвратить дальнейшее развитие указанных осложнений и добиться излечения.

## ■ Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки

Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки (ХППГ) имеет ряд особенностей развития, клинического течения, осложнений, важнейшими среди которых являются стеноз общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки. Разновидности данного типа панкреатита имеют различия в характере патологических изменений поджелудочной железы (ПЖ) в зависимости от этиологии заболевания (алкогольный, дизонтогенетически обусловленный, билиарный и другие). Морфологические изменения при ХППГ не претерпевают обратного развития, что также является его отличительной чертой, и дают основание считать данное состояние предракочным.

Адекватное лечение больных ХППГ невозможно без использования современных инструментальных методов обследования, позволяющих объективно оценить состояние паренхимы и протоков поджелудочной железы, смежных органов, выявить основные осложнения заболевания. Предпочтение в диагностике ХППГ должно быть отдано малоинвазивным высокоинформативным методам УЗИ и СКТ. Новые диагностические возможности открываются с внедрением методов МРТ-панкреатикохолангиографии и эндоскопического УЗИ. Использование инвазивных инструментальных диагностических методов, в частности, ЭРХПГ должно быть максимально ограничено из-за опасности развития тяжелых осложнений. Применение метода оправдано в случаях, когда, помимо диагностических, планируется выполнение эндоскопических лечебных процедур, например, стентирования панкреатических и желчных протоков.

Дифференциальная диагностика ХППГ и рака головки поджелудочной железы не всегда возможна как в дооперационном периоде, так и в ходе операции. Отрицательные данные, полученные при изучении опухолевых маркеров и даже, при морфологическом исследовании пунктата, нельзя считать поводом к отказу от радикального хирургического лечения. При наличии “массы” (очага) в головке ПЖ с признаками стеноза общего желчного протока и/или двенадцатиперстной кишки и трудностях дифференциальной диагностики между панкреатитом и раком оправдано выполнение панкреатодуоденальной резекции

(ПДР) с обязательным морфологическим исследованием удаленного препарата. Ближайшие и отдаленные результаты таких операций благоприятны.

Важнейшая задача хирургического вмешательства при ХППГ - одномоментное осуществление эффективной декомпрессии протоковой системы поджелудочной железы и полостей псевдокиста решается путем формирования продольного панкреатоцистоеюноанастомоза. При глубоком залегании протоков и псевдокист в значительно увеличенной головке ПЖ их эффективное внутреннее дренирование может быть достигнуто “локальной резекцией” вентральной части головки железы с панкреатоеюноанастомозом по методике Фрея. Для формирования панкреатодигестивных соустьев должна использоваться “отключенная” по Ру петля тощей кишки длиной 70–80 см.

Наличие осложнений ХППГ в виде стеноза общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки, множественных мелких псевдокист и абсцессов головки поджелудочной железы, а также невозможность исключить рак головки ПЖ являются показанием к выполнению проксимальной резекции поджелудочной железы в различных вариантах. Выполнение дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ (операция Вебера и другие модификации) оправдано только в случаях обязательного гистологического подтверждения доброкачественного характера заболевания. Использовать эти операции целесообразно в специализированных отделениях и центрах, располагающих необходимой диагностической базой, оснащением, кадрами и опытом. Среди проксимальных резекций поджелудочной железы методом выбора остается ПДР. Вопрос о преимуществах пилоросохраняющей ПДР перед гастропанкреатодуоденальной резекцией (ГПДР), если последняя не имеет специальных показаний, требует дальнейшего изучения.

При стенозе общего желчного протока у больных ХППГ в случаях выполнения панкреатодигестивных анастомозов целесообразно одновременное формирование и билиодигестивных соустьев, не рассчитывая на восстановление свободного желчеоттока после ликвидации панкреатической гипертензии. У таких больных при интенсивной механической желтухе и холангите целесообразно выполнение превентивной билиарной декомпрессии с помощью ЧЧХС или эндоскопического стентирования общего желчного протока. Последующую операцию следует выполнять спустя 2–3 недели.

Вопрос о показаниях к эндоскопическому стентированию главного панкреатического протока и дренированию псевдокиста, также как оценка эффективности этих процедур, требуют дальнейше-

го изучения. Их использование должно быть ограничено специализированными учреждениями. Перспективы этих методов зависят от совершенствования инструментария и методики эндоскопических вмешательств.

## **Опухоли проксимальных отделов желчных протоков (опухоль Клатскина)**

К опухолям проксимальных желчных протоков (ПЖП) относятся новообразования, локализующиеся от места слияния общего печеночного и пузырного протоков до начала сегментарных печеночных протоков второго порядка. В 90% случаев опухоли ПЖП являются аденокарциномами, в 10% выявляются плоскоклеточный рак, карциноид и лейомиосаркома. Доброкачественные опухоли (аденомы, лейомиомы) данной локализации встречаются крайне редко.

Опухоли ПЖП являются медленно растущими новообразованиями, дающими отдаленные метастазы только на поздних стадиях заболевания. Локальная инвазия в перенхиму печени или элементы её ворот, а также периневральная инвазия, встречаются на ранних стадиях развития опухоли, что обуславливает трудности радикального оперативного вмешательства и, в значительном числе случаев, диктует необходимость выполнения резекции печени различного объема.

Для характеристики опухолей ПЖП следует пользоваться двумя классификациями – TNM для рака внепеченочных желчных протоков и классификацией по расположению опухоли Bismuth-Corlette.

Диагностика опухоли строится на изучении уровня опухолевых маркеров (СА-19-9), данных УЗИ, КТ и прямых методов контрастирования желчных протоков, в первую очередь ЧЧХГ. ЭРХГ ввиду низкой информативности и опасности развития гнойного холангита может применяться в случаях, когда при УЗИ и КТ подозревается холангиолитиаз или обструкция дистальной части общего желчного протока. Для уточнения распространенности опухоли Клатскина большое значение имеют данные СКТ и МРТ с холангио- и ангиографией.

Во избежание развития острого гнойного холангита, приводящего к абсцессам печени и холангиогенному сепсису, прямые контрастные методы обследования должны в обязательном порядке завершаться наружным или наружно-внутренним дренированием желчных путей. Все инвазивные диагностические и лечебные вмешательства при опухолях ПЖП следует проводить под антибактериальным прикрытием.

Дифференциальную диагностику опухолей ПЖП необходимо проводить с раком желчного

пузыря, первичным склерозирующим холангитом, метастазами в лимфоузлах ворот печени, синдромом Мириizzi, доброкачественными стриктурами желчных путей.

Причиной механической желтухи вследствие опухолевой обтурации желчных путей в 26–50% случаев является рак общего печеночного и вышележащих протоков. При билирубинемии выше 200 мкмоль/л обязательна предоперационная декомпрессия желчных путей, которая может быть одно- и двухсторонней. Плановое оперативное вмешательство следует выполнять через 2–3 недели от момента декомпрессии.

В случаях резектабельности опухолей ПЖП объем оперативного вмешательства может варьировать от резекции гепатикохоледаха до сочетания резекции печеночных протоков с правосторонней или левосторонней гемигепатэктомией с I сегментом или без него. Это зависит от стадии процесса по классификации TNM, а также распространения на паренхиму печени, доле- вые и сегментарные печеночные протоки. При резекциях печеночных протоков необходимо учитывать, что в проксимальном направлении опухоль распространяется до 1.0 см от ее видимой границы, дистально – на 0,5 см. Обязательным является срочное интраоперационное гистологическое исследование проксимального и дистального срезов протоков. При радикальных операциях обязательна лимфаденэктомия в объеме R2.

При унилобарных метастазах опухоли ПЖП в печень в ряде случаев возможно и оправдано проведение условно радикальной или паллиативной резекции печеночных протоков в сочетании с резекцией печени или без такового. В этих случаях целесообразно использование транспеченочного дренажа для послеоперационной внутрипротоковой лучевой терапии и предупреждения опухолевой стриктуры БДА. При опухоли ПЖП сопровождающейся унилобарными холангиогенными абсцессами в печени показано выполнение резекции пораженной её части.

Радикальная операция, при которой в краях резецированных печеночных протоков не обнаруживаются опухолевые клетки, возможна лишь в 49–51% случаев. При сочетании резекции протоков с гемигепатэктомией радикальности можно добиться в 65–68%, без резекции печени – только в 27% наблюдений.

В случаях нерезектабельности опухолей ПЖП или неоперабельности пациента (тяжесть состояния, сопутствующие заболевания) предпочтение следует отдавать малоинвазивным методам декомпрессии внутрипеченочных желчных протоков и, прежде всего, одно- или двухсторонней ЧЧХС с возможным последующим эндопротезированием. Транспапиллярное назобилиарное

дренирование или транспапиллярное стентирование могут использоваться при опухолях 1–2 типа по Bismuth только в качестве первого этапа лечения.

При радикальном подходе к лечению больных с опухолями ПЖП, включающем наряду с резекцией печеночных протоков и расширенную резекцию печени, операционная летальность может составлять от 5 до 27%, послеоперационные осложнения возникают в 40–56% случаев. Однако, 5-летняя выживаемость достигает 23% и более. В то же время, при выполнении паллиатив-

ных желчеотводящих операций и малоинвазивных вмешательств (чрескожном дренировании и протезировании), а также изолированной химио- и лучевой терапии продолжительность жизни больных не превышает 3–16 мес.

Операции при опухолях желчных протоков, в том числе проксимальных, должны проводиться в отделениях хирургической гепатологии, обладающих необходимым оснащением и опытом.

*В.В. Цвиркун, И.М. Буриев*