

ХІХ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ»

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

СО РАМН

ИРКУТСК

РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ



ПОСВЯЩАЕТСЯ

100-летию

со дня рождения профессора

Папиоры

Марии Демьяновны

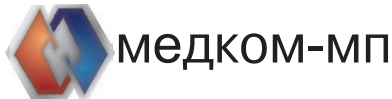
www.heptoassociation.ru

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

19–21 сентября 2012 г.
Иркутск

OLYMPUS®

Your Vision, Our Future



GE Healthcare



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Ассоциация хирургов-гепатологов России и стран СНГ
Министерство здравоохранения Иркутской области
ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии»
СО РАМН
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России
ФГБУ «Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского» РАМН
ФГБУН Иркутский научный центр Сибирского отделения РАН
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Ассоциация хирургов Иркутской области

*Посвящается 100-летию
со дня рождения профессора
Марии Демьяновны Пациоры*

**ХІХ международный Конгресс
хирургов-гепатологов России и стран СНГ
«Актуальные проблемы
хирургической гепатологии»**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**Страны-участники Конгресса:
Азербайджан, Беларусь, Германия, Грузия, Казахстан,
Кыргызстан, Латвия, Молдова, Россия, Таджикистан,
Туркменистан, Узбекистан, Украина**

**19 – 21 сентября 2012 года
г. Иркутск**



**ПРОФЕССОР
МАРИЯ ДЕМЬЯНОВНА ПАЦИОРА
(1912–1984)**

Мария Демьяновна Пациора родилась 25 октября 1912 г. в селе Куйтун Иркутской губернии в семье служащего. После окончания в 1936 г. Иркутского медицинского института была направлена в Усть-Карскую районную больницу Читинской области, где работала хирургом. В 1938–1939 гг. Мария Демьяновна заведовала Читинской станцией переливания крови. В 1940 г. поступила в аспирантуру при хирургической клинике Центрального НИИ гематологии и переливания крови НКЗ СССР (заведующий – проф. С.И. Спасокукоцкий). В июне 1941 г. М.Д. Пациора прервала обучение и работала хирургом по заготовке крови для фронта и одновременно – инструктором по переливанию крови Министерства здравоохранения СССР. Она организовывала и инструктировала станции переливания крови на Дальнем Востоке. В 1944 г. возобновила занятия на кафедре хирургии ЦОЛИПК МЗ СССР (заведующий – проф. В.И. Казанский). После защиты кандидатской диссертации в 1946 г. работала научным и старшим научным сотрудником Центрального института гематологии и переливания крови, занималась исследованием проблемы хирургии заболеваний кровеносной системы.

М.Д. Пациора была пионером в изучении проблемы хирургического лечения портальной гипертензии. В 1959 г. она защитила докторскую диссертацию на тему «Синдром портальной гипертензии и его хирургическое лечение», а в 1965 г. организовала и возглавила (в течение 29 лет) первое в стране отделение хирургии портальной гипертензии, созданное в НИИ клинической и экспериментальной хирургии МЗ РСФСР на базе Городской больницы 20 (директор – академик АМН СССР, проф. Б.В. Петровский).

Начальный период работы отделения отличался разработкой и широким внедрением в хирургическую практику порто-кавальных анастомозов, однако высокая летальность и большой процент послеоперационных энцефалопатий снижали качество работы хирургов. Последовавший затем

период применения паллиативных операций (спленэктомия, перевязка селезеночной артерии и др.) также показал их низкую эффективность в качестве мер профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Появилось много больных, перенесших по нескольку операций по поводу рецидивов гастро-эзофагеальных кровотечений. Эта сложная хирургическая проблема была изучена, а возможные пути ее решения были представлены в 1971 г. в докторской диссертации К.Н. Цацаниди на тему «Повторные и реконструктивные операции при рецидивах гастро-эзофагеальных кровотечений у больных с портальной гипертензией».

В 1974 г. многолетняя работа отделения и ее результаты были подытожены в монографии М.Д. Пациоры по хирургическому лечению портальной гипертензии.

В 1979 г. на базе отделения был открыт Всесоюзный центр хирургии портальной гипертензии, которому методически были подчинены созданные в ряде крупных больниц страны специализированные отделения хирургии портальной гипертензии, оснащенные современной аппаратурой для комплексного исследования печени, желудка, портальной системы.

М.Д. Пациора – автор и соавтор 145 научных трудов, в том числе 4 монографий и 3 изобретений, посвященных диагностике и хирургическому лечению портальной гипертензии, гемотрансфузиологии, хирургическому лечению заболеваний крови.

Монографии:

Пациора М.Д. Тактика при кровотечении из вен пищевода и желудка. – М.: Медицина, 1968.

Пациора М.Д., Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.Е. Кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка. – М.: Медицина, 1971. – 100 с.

Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. – М.: Медицина, 1974. – 407 с.

Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. – Ташкент: Медицина, 1984. – 319 с.

Мария Демьяновна подготовила 4 докторов и 20 кандидатов медицинских наук. Она являлась участником многих съездов хирургов и международных конгрессов, членом правления Всесоюзного общества хирургов. М.Д. Пациора была награждена орденом «Знак Почета».

ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА)

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Адылова Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: уточнить особенности портопеченочной гемодинамики у детей с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) после портосистемного шунтирования.

Материалы и методы. Проведен анализ исследований 139 больных детского возраста, поступивших с диагнозом ВПГ. Пациентов разделили на две группы: I группа – 103 (74,1 %) пациента, которым накладывали прямые порто-системные шунты (ПСШ); II группа – 36 (25,9 %) пациентов с селективными ПСШ. Срок наблюдения составили от 2 недель до 5 лет.

Результаты. Через две недели после операции (ПСШ) у больных обеих групп отмечали дальнейшее снижение диаметра, линейного (ЛСК) и объемного кровотока (ОК) по воротной вене (ВВ). Более это было выражено у больных после прямых ПСШ. У пациентов этой группы диаметр ВВ вены уменьшается в среднем на 15,6 % от исходного, тогда как у пациентов с селективными шунтами этот показатель составляет 7,8 %. Средняя линейная скорость кровотока у детей после прямых ПСШ уменьшилась на 37,5 %, а после селективных

ПСШ – на 23,5 %. При этом ОК снизился на 34,6 % и 22,5 % соответственно. ЛСК по селезеночной вене у I группы детей увеличилась на 15,3 %, у детей II группы – на 37,0 %, а ОК увеличилась на 32 % и 53,7 % соответственно. Показатели ЛСК и ОК по печеночной артерии увеличились у детей I группы на 32,2 % и 35,4 %, а у детей II группы – на 12,7 % и 15,2 % соответственно.

Заключение. В раннем послеоперационном периоде (через две недели) у больных после формирования прямых портосистемных шунтов, отмечается выраженная и стабильная депортализация печени, что компенсируется увеличением артериальной перфузии печени. Тогда как в отдаленные сроки наблюдения после формирования дистального сплено-рентального анастомоза низкие показатели депортализации печени сменяются постепенной утратой селективности шунта. Последнее, очевидно, позволяет печени адаптироваться к преимущественно артериальной перфузии при пролонгированном развитии депортализации печени.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ОБМЕН ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Набиев А.Н.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение. Нарушения функционального состояния печени при циррозах, токсичных поражениях, потерях желчи через наружный желчный свищ вызывают существенные изменения фосфорно-кальциевого обмена, в тяжелых случаях сопровождающиеся размягчением костей и другими явлениями остеомалации.

Целью исследования явилось изучение характера изменения фосфорно-кальциевого обмена при наружном дренировании желчного протока в динамике у больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) в сочетании с портальной гипертензией.

Материалы и методы. Было обследовано 37 больных с механической желтухой (МЖ) злокачественной этиологии в сочетании с портальной

гипертензией, которым с целью обеспечения медленной дозированной декомпрессии билиарной системы выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС).

Концентрацию ионов кальция и фосфора в сыворотке крови и желчи определяли стандартным набором реактивов от Cypres diagnostics. В данном случае концентрация кальция и фосфора в крови составляла 8,5–11,5 и 2,5–5,0 ммоль/л соответственно.

Результаты. Начиная с 3-х по 6-е сутки после наложения ЧЧХС концентрация ионов кальция в сыворотке имела тенденцию к увеличению, в среднем составляя $19,0 \pm 0,16$ ммоль/л. В желчи отмечали ее снижение, то есть когда в сыворотке крови концентрация увеличивалась, в желчи она снижалась.

В эти сроки концентрация ионов кальция в желчи в среднем составляла $14,2 \pm 0,13$ (3-и сутки) $12,6 \pm 0,18$ (6-е сутки) ммоль/л ($p < 0,001$). В последующем отмечали постепенное снижение концентрации ионов кальция как в сыворотке крови, так и в желчи. На 14-е сутки концентрация их в сыворотке крови и желчи в среднем составляла $12,6 \pm 0,10$ и $8,2 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$).

Аналогично изменялся и уровень фосфора в сыворотке крови. На 3-и сутки наблюдения отмечали незначительное повышение концентрации фосфора в сыворотке крови, среднее значение которого составило $1,6 \pm 0,06$ ммоль/л.

На 6-е сутки концентрация фосфора значительно возрастала, превышая норму в 2,4 раза, и в среднем составил $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,001$). В последующем на 10-е и 14-е сутки наблюдения концентрация фосфора в сыворотке крови имела

тенденцию к снижению в среднем до $2,6 \pm 0,2$ (10-е сутки) $2,2 \pm 0,1$ (14-е сутки) ммоль/л ($p < 0,001$). Однако полной нормализации концентрации фосфора в сыворотке крови не наблюдали за весь период наблюдения.

На 3-и сутки после ЧЧХС концентрация фосфора в желчи была выше, чем в исходном состоянии, в среднем составил $2,0 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,01$). На 6-е сутки отмечали снижение этого показателя - в среднем до $0,33 \pm 0,02$ ммоль/л. В последующие сроки наблюдения данный показатель имел тенденцию к увеличению и на 14-е сутки в среднем составил $0,53 \pm 0,03$ ммоль/л.

Заключение. При длительном желчеистечении через наружный дренаж наблюдается потеря ионов кальция и фосфора с желчью и это требует восполнения недостатка электролитов путем введения препаратов или восстановлением поступления желчи в желудочно-кишечный тракт.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Кондаков В.И., Веденин Ю.И., Пимкин С.М.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить результаты малоинвазивного лечения пациентов с портальной гипертензией.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2012 гг. в Клинике № 1 ВолгГМУ проходили лечение 27 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) (мужчин - 16 (59,3 %), женщин - 11 (40,7 %)). Средний возраст - $34,5 \pm 2,2$ года. Причиной развития ВПГ практически всегда являлась приобретенная посттромботическая окклюзия портоселезеночного ствола или его отдельных фрагментов. Уже были оперированы ранее, в том числе повторно, в других клиниках 14 пациентов, из них перенесли спленэктомию - 9, сеансы эндоваскуляризации ВРВП - 8, операцию Пациоры - Таннера - 3, порто-кавальное шунтирование - 2 больных.

Результаты. Хирургические вмешательства в Клинике № 1 ВолгГМУ проведены 21 (77,7 %) больному. Придерживались принципов малоинвазивной, в том числе этапной, оперативной коррекции. Показаниями считали наличие или сочетание: 1) пищеводно-желудочного кровотечения (ПЖК) или угрозы его развития, подтвержденной при ЭГДС (21); 2) спленомегалии с высокими скоростными показателями на *a. et v. lienalis* при УЗ-дуплексном сканировании (16); 3) гиперспле-

низма (13). Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП выполнили 15 пациентам (от 1 до 4 сеансов), рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии (ЭСА) - 12, лапароскопическую диссекцию венечной вены желудка (ЛДВВЖ) с мобилизацией большой кривизны желудка - 2 больных. Методики коррекции применены в моноварианте в 13 случаях (ЭЛ - 7, ЛДВВЖ - 1, ЭСА - 5). Комплексно поэтапно пролечено 8 больных: ЭЛ ВРВП+ЛДВВЖ - 1, ЭЛ ВРВП+ЭСА - 7. В результате хирургической коррекции положительный результат достигли в 20 (95,2 %) наблюдениях. Критериями этого после ЭЛ и/или ЛДВВЖ считали наличие эрадикации ВРВПиЖ; после ЭСА - уменьшение размеров селезенки, улучшение показателей тромбоцитов крови. Отмечен 1 (4,8 %) летальный исход по причине рецидива ПЖК после ЭЛ у пациентки 70 лет. Во всех остальных случаях рецидивов ПЖК в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не было. Рецидив ВРВП регистрировали в 3 (14,3 %) случаях (успешная коррекция повторным курсом ЭЛ).

Заключение. Использование в качестве самостоятельных методов или сочетанное применение малоинвазивных технологий ЭЛ ВРВП, ЛДВВЖ, ЭСА позволяют получать хорошие результаты при хирургической коррекции ВПГ и ее осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОРТАЛЬНОЙ СЦИНТИГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Бойко И.К., Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Бойко Т.Н., Грядасова Л.Н., Корнилов Н.Г.

*ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия
ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия*

Цель исследования: изучение возможностей методов медицинской визуализации в дифференциальной диагностике пролиферативных процессов в поджелудочной железе (ПЖ), осложнившихся нарушением портальной гемодинамики.

Материалы и методы. Исследование гемодинамики методами ультразвукового исследования в режиме дуплексного сканирования (ДС) и портальной сцинтиграфии (ПСГ) с ректальным введением Technetium-99^mPertechnetate проведено у 199 пациентов с хроническим панкреатитом ($n = 111$) и раком поджелудочной железы ($n = 88$). Изменения структуры ПЖ оценивали с помощью компьютерной томографии (КТ). Верификацию патологических изменений проводили по данным морфологического исследования. Анализ результатов проводили методами вариационной и непараметрической статистики с использованием многофакторного нелинейного анализа.

Результаты. КТ с 3D реконструкцией и ультразвуковое ДС позволяют на дооперационном этапе определить анатомо-топографическое соотношение магистральных сосудов при их вовлечении в объемное образование поджелудочной железы, и дают представление о локальных гемодинамических изменениях при пролиферативных процессах в поджелудочной железе.

КТ проведена 111 пациентам с ХП. Наиболее часто отмечали изменения структуры ПЖ в виде кист (34 % наблюдений) и солидных образований (29 % наблюдений). Кальцинаты визуализировали в 9,7 % наблюдений. В остальных наблюдениях изменения структуры ПЖ носили смешанный характер. КТ выполнена 80 (91 %) из 88 больных с морфологически верифицированным диагнозом экзокринного рака ПЖ. Точность, чувствительность и специфичность КТ в диагностике протоковой аденокарциномы при сопоставлении с интраоперационными данными составили 86, 96 и 12 % соответственно. Низкая специфичность КТ подтверждает необходимость применения инвазивной диагностики – транскutánной аспирационной биопсии.

При ДС коллатерального кровотока при ХП отмечается увеличению степени портосистемного шунтирования, которое сопровождается увеличе-

нием диаметра верхней брыжеечной вены и повышением доплеровского перфузионного индекса, что укладывается в известные механизмы развития синдрома внепеченочной портальной гипертензии (СВПГ).

Портальная сцинтиграфия оказалась объективным методом изучения портального давления и функционального состояния коллатерального кровотока. Критерием наличия СВПГ установлено значение шунтового коэффициента $> 0,45$ (точность – 86 %; чувствительность – 60 %; специфичность – 94 %). Критерием достаточного развития коллатералей для безопасного прекращения портального оттока определено значение шунтового коэффициента $> 0,37$ (точность – 83 %; чувствительность – 62 %; специфичность – 100 %). Частота развития СВПГ при пролиферативных процессах ПЖ составила 22 %. Характер пролиферативного процесса ПЖ накладывает отпечаток на проявление СВПГ.

Многофакторный анализ позволяет утверждать, что периферическое брыжеечное сопротивление при панкреатическом раке не зависит от изменения степени портосистемного шунтирования и артериальной печеночной гемодинамики, развивающихся вследствие венозной конгестии. Выраженность десмопластических свойств панкреатического рака изменяет портальную гемодинамику за счет редукции артериального мезентериального притока и коллатерального кровотока.

Заключение. Использование методов медицинской визуализации при новообразованиях ПЖ и ХП позволяет оценить характер патологического процесса, распространенность и вовлечение в него артерий и вен портальной зоны, функциональное состояние porto-печеночного бассейна. Особенности изменения гемодинамики при формировании внепеченочной портальной гипертензии выражаются в том, что при ХП развивается СВПГ, при раке ПЖ изменяется артериальный мезентериальный приток, что позволяет использовать показатели, отражающие установленные изменения в дифференциально-диагностических целях, на основании чего решать клинические задачи и планировать дальнейшую хирургическую тактику.

ХІРУРГІЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Лин В.В., Батюк В.И.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Одним из тяжелых осложнений хронического панкреатита (ХП) является подпеченочная портальная гипертензия (ППГ), обусловленная сдавлением или тромбозом вен воротной системы на сегменте, прилежащем к поджелудочной железе. Частота встречаемости ППГ у больных ХП варьирует в пределах 18–56 %.

Цель исследования: изучить результаты лечения ППГ у больных ХП.

Материалы и методы. Пролечено 43 пациента с признаками ППГ. Мужчин было 35 (81,4 %), женщин – 8 (18,6 %). Диагностический алгоритм включал: клинические проявления, лабораторные исследования, УЗИ с дуплексным сканированием, ФГДС, КТ и МРТ. При УЗИ признаками ППГ являлись снижение линейной и объемной скорости кровотока, расширение вен бассейна воротной вены (ВВ).

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления ППГ: стойкий болевой синдром – 39 (90,7 %) больных; прогрессирующая потеря массы тела – 31 (72,1 %); билиарная гипертензия – 8 (18,6 %); сдавление двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности – 15 (34,9 %). Кроме общих для ХП признаков, были выявлены и специфичные для ППГ: напряженный (стабильный) асцит – 5 (11,6 %), мягкий (транзиторный) – 11 (25,6 %). На основании УЗИ, КТ, ФГДС и интраоперационных данных больных разделили на две группы. У 25 (58,1 %) больных (I группа) панкреатогенная компрессия магистральных притоков ВВ обуславливала развитие шунтирующих порто-портальных коллатералей: области гепатодуоденальной связки, вен по большой кривизне желудка, вен большого сальника, брыжейки кишечника. Частичная компенсация портальной гипертензии происходит за счет развития коллатерального венозного кровотока. ППГ у этой группы больных рассматривали как компенсированную. У второй группы (18 (41,9 %) человек) отмечали более выраженную компрессию портальных магистралей, что обуславливало грубые гемодинамические нарушения в бассейне ВВ, исходом которых являлось как дальнейшее развитие выраженной порто-портальной колла-

теральной сети, так и расширение подслизистых вен дна желудка и пищевода (у 6 (14 %) больных), формирование асцита. ППГ у этой группы больных рассматривали как декомпенсированную. Наиболее значимыми факторами, обуславливающими компрессию магистральных вен воротной системы, являлись увеличение головки ПЖ и наличие ретропанкреатических псевдокист.

Все эти больные были оперированы: гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена в 2 (4,7 %) случаях, пилоросохраняющая ПДР – в 17 (39,5 %), резекция головки ПЖ по Бегеру – в 24 (55,8 %). После удаления резецируемого комплекса верхнебрыжеечную и ВВ на всем протяжении тщательно освобождали от рубцовых сращений. Оперативные вмешательства у таких больных достаточно сложны и сопровождаются повышенной кровопотерей из-за развития выраженной сети хрупких коллатеральных сосудов с высоким венозным давлением и трудностей при выделении мезентерикопортального венозного ствола.

Отмечено 2 (4,7 %) летальных исхода. Во всех остальных случаях получен положительный клинический эффект, выражающийся в устранении болевого синдрома, исчезновении асцита в сроки от 2-х недель до 3-х месяцев после операции, устранении сопутствующих патологических синдромов, восстановлении питания и увеличении массы тела. Нормализация гемодинамических показателей отмечена в венах воротной системы у 29 (67,4 %) больных и значительное улучшение – у 14 (32,6 %).

Выводы. ХП нередко осложняется развитием ППГ, вызываемой сдавлением магистральных вен воротной системы, что наряду с другими осложнениями ХП обуславливает необходимость оперативного лечения. УЗИ с дуплексным сканированием сосудов высокоинформативно при качественной и количественной оценке изменений портальной гемодинамики. Патогенетически обоснованным способом хирургического лечения ХП, осложненного ППГ является проксимальная резекция с поперечным пересечением ПЖ и тщательным освобождением мезентерико-портального венозного ствола.

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ТУБУСНЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ержанов О.Н., Хасенов Ж.Д., Кариев А.Ш.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Введение. Для цирроза печени характерны дистрофия и разрастание соединительной ткани, признаки печеночной недостаточности и портальной гипертензии. По данным ВОЗ в мире число больных

с портальной гипертензией превышает 50 млн. и ежегодно их число возрастает на 3–5 %.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения портальной гипертензии

и цирроза печени путем разработки и усовершенствования тубусной резекции печени.

Материалы и методы. Изучены результаты комбинированных операций тубусной резекции печени, периартериальной неврэктомии печеночной артерии при портальной гипертензии и циррозе печени у 45 пациентов. Возраст больных варьировал в пределах от 43 до 53 лет (средний возраст – 47 лет), из них женщин было 24 (53,3 %), мужчин – 21 (46,6 %).

Техника сочетания тубусной резекции печени, периартериальной неврэктомии печеночной артерии заключалась в том, что после мобилизации печеночной артерии на протяжении 2 см, осуществляли периартериальную неврэктомию до 1,5 см. Далее над круглой связкой печени тубусным скальпелем диаметром 1 см производили резекцию печени в направлениях 3–5 в правой доле, 3–5 в левой доле печени. Срезанную ткань печени брали на биопсию. Отверстие в печени ушивали П-образными швами викрил № 3.

Результаты. У всех больных послеоперационный период протекал гладко. Средний койко-

день составил $21,8 \pm 1,4$ суток. Билирубинемия до операции в среднем была 160,0 мкмоль/л, после – 50 мкмоль/л, то есть билирубинемия в среднем уменьшилась в 3 раза. На контрольных ультразвуковых исследованиях органов брюшной полости через 1–3–5 месяцев после операции отмечали сужение диаметра воротной и селезеночной вены до нормы у 40 (88,9 %) больных, умеренное – у 5 (41,1 %) пациентов. Состояние кровотока в печени было удовлетворительным. Объемный кровоток в воротной вене при ультразвуковом доплеровском исследовании увеличился с 227 до 470 мл/мин. При контрольной ФГДС и рентгеноскопии пищевода количество варикозно-расширенных вен пищевода значительно уменьшилось. Признаки гиперспленизма не нарастали.

Заключение. Сочетание тубусной резекции печени, периартериальной неврэктомии печеночной артерии при циррозе печени и портальной гипертензии приводит к снижению портального давления, увеличению объемного кровотока в воротной вене и уменьшает вероятность рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А., Шаниева З.А.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) довольно редкое заболевание, лечение которого стало перспективным благодаря достижениям хирургии, а также разработке современных инструментальных методов диагностики и лечения.

Одной из наиболее важных проблем в лечении ВПГ является лечение острых пищеводно-желудочных кровотечений. Оно должно проводиться в отделениях реанимации или интенсивной терапии (ОРИТ), желателно в стационарах, занимающихся этой проблемой. Однако при отсутствии возможности транспортировки больного лечение может проводиться в любом хирургическом отделении.

Цель исследования: разработать лечебно-диагностический алгоритм при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в условиях ОРИТ.

Материалы и методы. Ретроспективно анализирован и обобщен опыт лечения 45 пациентов ВПГ с гастро-эзофагеальными кровотечениями, поступивших в РСЦХ им. акад. В. Вахидова.

Результаты. Основными задачами лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из ВРВПЖ в ОРИТ являются:

- распознавание источника и остановка кровотечения;
- оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери;

- патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

Использование зонда Блекмора в течение 12 часов на фоне медикаментозной терапии остается основным способом гемостаза при эндоскопически видимом подсачивании крови (Forrest Ib) из вен желудка и при активном кровотечении любой интенсивности (Forrest Ia-b) из вен пищевода.

Дифференцированная интенсивная терапия у пациентов с ВПГ может быть использована на основании следующего протокола:

1. Катетеризация центральных вен, полное прекращение приема пищи, воды и лекарств через рот и поддержание естественной реакции защиты организма при кровотечениях.

2. Восстановление объема циркулирующей крови: базовыми препаратами для инфузионной терапии являются 5–10% растворы глюкозы, солевые растворы. Коррекцию анемии осуществляют эритроцитарной массой, используют синтетические коллоидные растворы производных желатиноля, гексаэтиленкрахмала и альбумина 10–20%.

3. Гемостатическая терапия (ПАБК, Транексамовая кислота, Этамзилат натрия, Викасол, рекомбинантный фактор VIIa (Новосэвен).

4. Фармакотерапия портальной гипертензии (Вазопрессин; Соматостатин в виде постоянной инфузии; β -блокаторы; нитраты).

5. Гастропротекция:
- а) обволакивающие в зонд;
 - б) инфузии ингибиторов протонной помпы;
 - в) инфузионные растворы H₂-блокаторов.
6. Фармакотерапия печеночной энцефалопатии:
- а) L-орнитина-L-аспартата (Гепа-Мерц);
 - б) препараты на основе лактулозы;
 - в) группа энтеросептиков в зонд;
 - г) группа лактобактерий в зонд.

7. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности препаратов на Нр (амоксцилин до 1 г/сут., метронидазол до 250 мг/сут.).

Выводы. Универсальным тактическим решением для пациентов с кровотечением из ВРВПЖ является использование зонда Блекмора и комплекса консервативных мероприятий с традиционной гемостатической терапией, применением препаратов снижающих портальное давление, профилактикой или лечением уже развившейся печеночной недостаточности.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АКТИВАЦИЕЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в гепатологии, многие вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор остаются нерешенными.

Цель исследования: на основании опыта ведущих мировых гепатологических школ и собственного материала стандартизировать интенсивное ведение больных циррозом печени (ЦП) после наложения портокавальных анастомозов с развитием острой печеночной недостаточности (ОПН).

Материалы и методы. Изучено ведение в раннем послеоперационном периоде 42 пациентов с ОПН за период 2005–2009 гг. в РСЦХ им. акад. В. Вахидова, перенесших операцию наложения проксимального спленоренального анастомоза (СРА). После наложения селективных СРА активация цирротического процесса отмечена у 10 % больных. В 6,77 % случаев холемия и ферментемия достигала высоких цифр (билирубин: общий – $101,3 \pm 2,3$ ммоль/л, прямой – $52,4 \pm 1,9$ ммоль/л; АсТ – $298,3 \pm 11,3$ нмоль/с.л.; АлТ – $902,0 \pm 40,3$ нмоль/с.л.).

Причинами возникновения и прогрессирования ОПН послужили: пищеводное кровотечение – в 40,9 % случаев, асцит-перитонит – в 40,9 %, из которых причиной развития ОПН явилась исходная функциональная недостаточность печени, объем оперативного вмешательства и большая кровопотеря во время операции в 68,1 % случаев. В прекомотозном состоянии консервативная терапия дополнена ГБО у 6 % больных.

Результаты. На основании опыта ведущих мировых гепатологических школ и собственного материала в работе применяли разработанные нами стандартные четыре линии лечебной тактики у всех больных с активацией цирротического процесса

и острой печеночной недостаточности. Основной составляющей данного алгоритма является выявление причинно-следственной связи и устранение наиболее часто встречающихся в клинической практике «разрешающих факторов» развития печеночной недостаточности.

Первая линия – лечение печеночной (смешанной) энцефалопатии, основными направлениями которой являются: устранение «разрешающих факторов»; снижение образования, абсорбции нейротоксических метаболитов; воздействие на активность ингибиторных нейротрансмиттеров.

Вторая линия – лечение синдромов острого повреждения печени, основными направлениями которой являются: лечение синдромов холестаза и цитолиза; коррекция гипогликемического синдрома; коррекция водно-электролитных нарушений; заместительная гепатотропная терапия.

Третья линия – профилактика и лечение витальных осложнений со стороны других органов и систем: дыхательной недостаточности и бронхо-легочных осложнений; отека головного мозга; гепато-ренального синдрома; коагулопатических кровотечений.

Четвертая линия – реабилитация больных в условиях отделения интенсивной терапии: лечение постшунтовой энцефалопатии и отечно-асцитического синдрома.

Выводы. В результате применения разработанной нами стандартной четырехлинейной лечебной тактики у всех больных с активацией цирротического процесса и острой печеночной недостаточности достоверно выявлены значительные улучшения клинического статуса пациентов с выраженной положительной динамикой клинико-биохимических показателей.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) остается одним из сложных направлений в urgentной хирургии. На сегодняшний день применяют различные методы гемостаза. К сожалению, на ранних этапах консервативного лечения остается высокий процент рецидива кровотечения. При этом выполнение каких-либо вмешательств чревато осложнениями и летальным исходом.

Цель исследования: определить прогностические критерии повторных кровотечений у больных ВПГ, осложненной кровотечением из ВРВПЖ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 42 пациентов с кровотечением из ВРВПЖ при ВПГ на раннем госпитальном этапе в период с 1996 по 2011 гг. Возраст пациентов был в пределах от 15 до 37 лет. Диагноз ВПГ подтверждали клинико-лабораторными данными и ультразвуковым исследованием с дуплексным сканированием портальной вены и её притоков. Всем пациентам выполняли эндоскопический метод диагностики. При поступлении тяжелое состояние, связанное с массивным кровотечением было выявлено у 32 (76,2 %) пациентов, состояние средней тяжести – у 10 (23,8%) больных. Всем больным на раннем госпитальном этапе проводили только консервативные методы гемостаза, установку зонда обтуратора и катетеризацию подключичной вены для проведения длительной инфузионной терапии и измерения центрального венозного давления (ЦВД).

Результаты и обсуждение. При оценке результатов эндоскопической диагностики ВРВ пищевода установлено у 29 (69,0 %) пациентов, ВРВ пищевода

с переходом в кардию желудка – у 12 (28,5 %) и только ВРВ желудка выявлено в одном (2,5 %) случае. Активное кровотечение отмечали у 83,3 % больных. Средний показатель ЦВД при поступлении составил $5,4 \pm 3,66$ мм вод. ст.

На раннем госпитальном этапе (1–5 сутки) у 27 (64,2 %) пациентов отмечено повторное кровотечение из ВРВПЖ на фоне постановки зонда обтуратора или после его удаления: на 1-е сутки у 3-х пациентов, на 2-е – у 15, на 3-и – у 7 и на 4-е – у 2-х больных.

Проанализированы показатели ЦВД в раннем госпитальном этапе у больных с рецидивным кровотечением из ВРВПЖ. Исследование показало, что у больных наблюдали повышение и стабильное сохранение высоких показателей ЦВД. Уровень ЦВД в динамике проведения интенсивной терапии через 12 часов составил $48,0 \pm 11,7$ мм вод. ст., через 24 ч. – $88,0 \pm 13,8$ мм вод. ст., на 2-е сутки – $105,2 \pm 15,3$ мм вод. ст., на 3-е сутки – $121,5 \pm 18,4$ мм вод. ст., на 4-е сутки – $122,7 \pm 4,2$ мм вод. ст. Анализ результатов показал что 92,6 % рецидивов кровотечения наблюдался на фоне высокого ЦВД. Анализ показал достоверно низкие показатели ЦВД в группе больных, у которых рецидива кровотечения не отмечено.

Заключение. Исследование демонстрирует прямую корреляционную связь между уровнем ЦВД и случаями повторного кровотечения из ВРВПЖ при ВПГ. Контроль уровня ЦВД позволяет предотвратить возникновение повторных кровотечений из ВРВПЖ при ВПГ и подготовить больного к плановым вмешательствам с целью восстановления портальной перфузии печени или профилактики кровотечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Прокопьев М.В., Григорьев С.Е., Бойко И.К., Бойко Т.Н., Квашин А.И.

ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия

Мы обладаем опытом лечения 200 пациентов с синдромом внепеченочной портальной гипертензии (ПГ) в двух лечебных учреждениях Иркутской области: областной клинической больницы и областной детской клинической больницы с 1980 по 2011 гг.

Причины развития ПГ: Врожденные атрезии воротной вены ($n = 45$), доброкачественные ($n = 84$) и злокачественные ($n = 34$) поражения поджелудочной железы, последствия острых воспалительных процессов органов брюшной полости ($n = 31$), гематологические заболевания, течение болезни

которых осложнилось тромбозом вен портального бассейна ($n = 4$), лимфогрануломатоз ($n = 1$), гемангиома печени, расположенная в воротах печени со сдавлением гепатодуоденальной связки ($n = 1$). Данная вариабельность причин развития дает возможность обсудить все варианты лечения внепеченочной портальной гипертензии.

Основными задачами послеоперационного периода считали профилактику осложнений связанных с кровотечениями в просвет желудочно-кишечного тракта (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода ($n = 31$), кровотечения из острых язв желудка ($n = 19$)).

Пациентам с раком головки поджелудочной железы показана резекционная хирургия, а при прорастании опухоли – резекция верхней брыжеечной и воротной вен.

Хронический панкреатит с формированием постнекротических кист в 27 наблюдениях ослож-

нился синдромом ВПГ. Основная задача – декомпрессия кисты для купирования воспалительного процесса. Считаем, что лишь в поздние сроки при тромбозе показано Н-образное шунтирование, так как в течение 6 месяцев, возможна реканализация вены и восстановление кровотока.

Наиболее благоприятно протекает левостороннее поражение поджелудочной железы. Левосторонняя резекция ПЖ со спленэктомией была выполнена у 4 пациентов с хорошим непосредственным и отдаленным результатом.

Гематологические болезни осложнились ПГ в 4 наблюдениях, считаем оптимальным формирование Н-образного соустья с последующей терапией гематологической болезни.

На основании обобщения имеющихся данных был сформирован диагностический и лечебный алгоритм этапного лечения пациентов, позволяющий достичь хороших результатов лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В., Хлебков В.В.

*Кафедра госпитальной хирургии ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия*

Ретроспективное исследование результатов обследования, лечения и динамического наблюдения за 127 пациентами с внепеченочной портальной гипертензией охватило период с 1995 по 2012 год. Средний возраст пациентов составил $36,8 \pm 4,6$ года. Мужчин было 42 (33,1 %), женщин – 85 (66,9 %). Основными пусковыми механизмами тромбоза и кавернозной трансформации воротной вены и ее притоков явились: неонатальный омфалит – 39 (30,7 %), острый деструктивный и хронический индуцированный панкреатит – 33 (26 %), наследственные тромбофилии – 26 (20,5 %), миелопролиферативные заболевания – 16 (12,6 %), новообразования поджелудочной железы – 5 (3,9 %), тупая травма живота – 2 (1,6 %). Этиология осталась неясной у 6 (4,7 %) пациентов. Показанием к госпитализации были острые кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в 36 (28,3 %) случаях, кровотечения из вен пищевода и желудка в анамнезе – в 44 (34,6 %), выявление эндоскопических маркеров высокого риска пищевода кровотечения – в 18 (14,2 %). Клинические проявления портальной гипертензии определялись скоростью и степенью реканализации пораженных стволов портального бассейна и формирования адаптивных венозных коллатералей. Инструментальным скрининговым методом достаточным для верификации внепеченочной портальной гипертензии у всех пациентов явилось ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием вен портальной системы. При

планировании операций портокавального шунтирования детальная визуализация магистралей системы воротной вены достигалась при помощи компьютерной томоангиографии или возвратной мезентерикопортографии.

С целью купирования кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода зонд-обтуратор в сочетании с назначением вазоактивных препаратов использован у 17 пациентов, эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен – у 19. При неустойчивом гемостазе и ранних рецидивах кровотечений выполнены операции азигопортального разобщения (8 (22,2 %)), у 3 пациентов с выраженной спленомегалией и тяжелым гиперспленизмом дополнены спленэктомией. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов обеспечен устойчивый гемостаз с рецидивом кровотечения в отдаленном периоде у 2 больных. Следует отметить, что, данные не радикальные операции вынужденно выполнены в случаях распространенного и тотального тромбоза портальной системы при отсутствии пригодных для шунтирования венозных магистралей. Различные виды портокавальных анастомозов наложены 58 (45,6 %) пациентам. Мезентерикокавальный Н-шунт выполнен у 34 больных, тромбоз шунта в отдаленном периоде развился у 5 пациентов, в 2-х случаях по поводу рецидивирующих пищеводных кровотечений анастомоз наложен повторно. После наложения спленоренального шунта у 18 пациентов случаев тромбоза не было, однако 4 больных в раннем послеоперационном периоде

перенесли рецидив пищевода кровотечения, потребовавший эндоскопического лигирования. Наилучшие результаты получены у 6 пациентов после внедрения в практику терминологического мезентериокаваального шунта. В целом частота рецидивов кровотечений из варикозно расширенных гастроэзофагеальных вен после хирургической декомпрессии составила 10,3 %.

При наличии тяжелого гиперспленизма у пациентов – не кандидатов на портокавальное шунтирование выполняли эндоваскулярную эм-

болизацию селезеночной артерии. В наблюдениях с декомпрессивными анастомозами операцию дополняли экстравазальной редукцией просвета селезеночной артерии.

29 (22,8 %) больных с I-II степенью варикозного расширения вен пищевода и отсутствием кровотечений находятся под динамическим наблюдением и получают комплексную терапию по поводу основного заболевания.

Все пациенты исследованной группы живы, регулярно проходят контрольные обследования.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кошевой А.П., Кошель А.П., Чирков Д.Н., Эгенбаев Р.Т., Кудайбергенов Т.И.

*Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Северск, Россия
Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызстан*

Цель исследования: улучшить профилактику кровотечений при внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) с помощью новых способов прогноза геморрагии и эндоскопической склерооблитерации варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка.

Материалы и методы. Под наблюдением находятся 156 больных с портальной гипертензией (ПГ), из них с ВПГ – 29 (18,6 %). Арсенал вмешательств, выполняемых в клинике, включает селективное и парциальное портокавальное шунтирование в сочетании с азигопортальным разобщением, девакуляризацией пищевода, желудка и созданием функциональной кардии (патент РФ № 2188592, приоритет 19.03.01 г.), а также проксимальную резекцию желудка с созданием искусственной кардии при невозможности шунтирования.

Риск кровотечения, показания к вмешательствам и контроль их эффективности определяли по данным эндосонографии. Прогноз пищевода кровотечения основывали на точном измерении толщины стенки вены и слизистой (патент № 2246893, приоритет 30.06.03 г.) и выраженности эзофагита (патент № 2257149, приоритет 16.04.03 г.). Оценку риска желудочного кровотечения осуществляли, изучая диаметр вены (патент № 2398514, приоритет 09.12.08 г.). Эндоскопической склерооблитерации ВРВ пищевода и желудка в плановом порядке подвергли 68 больных: 1-я группа (26 (38,2 %) больных) – по стандартной методике раствором 3% фибровейна (2000–2005 гг.); 2-я группа (42 (61,8 %) больных) – по предложенному методу (патент № 2357700, приоритет 13.02.08 г.) (2005–2011 гг.).

Результаты. Количество склерозанта, используемого в течение сеанса, сократилось с 4–8 до 2 мл. Число сеансов, выполняемых во время сессии, уменьшилось с 4–7 до 2–3. Интервал между сеансами сократился с 2–7 до 0–2 суток. Снижение количества склерозанта, числа сеансов и продолжительности курса определили безопасность и экономическую целесообразность метода. Рецидив геморрагии вследствие образования некроза и язв не отмечен. Гипертермии не было. Процедура не требовала общей анестезии и компрессии склерозируемых сосудов в виде прижатия концом эндоскопа или установки зонда-обтуратора.

Отдаленными результатами (сроки до 7 лет) явилась эрадикация (облитерация или редукция до 3 мм) ВРВ пищевода диаметром 4,0–15,3 мм при отсутствии осложнений. У больных с ВРВ желудка I и II типов диаметром 4,0–11,3 мм также была достигнута их эрадикация (облитерация или редукция до 4 мм) при отсутствии осложнений. Различий в достижении результатов в зависимости от вида ПГ не обнаружили. Проведение сеансов в соответствии с регламентом обеспечило отсутствие рецидивов пищеводных кровотечений.

Выводы. Простота, безопасность и низкая стоимость метода, а также преимущества перед эндоскопическим лигированием определяют его доступность и раскрывают возможности для широкого использования. Решена проблема эндоскопической облитерации ВРВ желудка I и II типов. Улучшена профилактика геморрагий при ПГ. Применение метода позволило избежать выполнения шунтирующих операций.

ХІРУРГІЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА ФОНЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Криворучко И.А., Бойко В.В., Тищенко А.М., Сивожелезов А.В., Гончарова Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, Украина

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 253 больных осложненным ХП (мужчины – 55,3 %, женщины – 44,7 %, в возрасте до 50 лет было 58,5 % больных). Критерии включения в исследование: больные со стадиями В и С согласно классификации М. Buchler и соавт. (2009). Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) выявлена у 21 (8,3 %) пациента.

Объем обследования пациентов: общеклиническое обследование, биохимические анализы, рентгенологическое, ультразвуковое (в том числе с дуплексным сканированием кровотока спланхической области по показаниям), компьютерно-томографическое (КТ) и магнитно-резонансное (МРТ) исследования, копрологическое исследование в условиях соблюдения диеты Шмидта, определение фекальной эластазы-1, стандартные методы эндоскопического исследования, ЭРХПГ, определение онкомаркера СА-19-9 (по показаниям). Качество жизни больных после операции оценивали с помощью разработанной нами математической модели с использованием адаптированных опросников SF-36 и GRSR (точность – 87 %).

Результаты. По данным клинического, инструментального и интраоперационного обследования больных ВПГ проявлялась спленомегалией разной степени выраженности, расширением венозных сосудов в области большого сальника и желудочно-ободочной связки (21) в сочетании с явлениями гиперспленизма (6) и умеренным асцитом (4).

Этот синдром был обусловлен сдавлением мезентерико-портального тракта (20), либо тромбозом селезеночной вены (1) вследствие фиброзно-дегенеративных изменений ПЖ.

Все больные были оперированы. При ХП, осложненном синдромом ВПГ, были выполнены следующие оперативные вмешательства: классическая панкреатодуоденальная резекция – у 5 больных, пилорусберегающая – у 3-х, дуоденосохраняющие резекции головки ПЖ по Бегеру – у 3-х, по Бернской модификации – у 2-х и по Фрею – у 7, корпорокаудальная – у 1. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (28,6 %) больных: послеоперационный панкреатит – у 4-х, гастростаз – у 2-х. Летальных исходов не было. Все осложнения были ликвидированы проведением комплексной консервативной терапии.

Благоприятные результаты лечения в сроки до 8 лет отмечены у 18 (85,7 %) больных, а качество жизни было лучше у тех больных, которым выполняли дуоденумосохраняющие резекции головки ПЖ. Неудовлетворительные результаты у 3 (14,3 %) больных через 2–5 лет были обусловлены злоупотреблением алкоголя, следствием чего было прогрессирование фиброза ПЖ с местными общесистемными последствиями патологического процесса.

Выводы. При хирургическом лечении ХП, осложненного синдромом ВПГ, резекция ПЖ позволяет устранить его, а наиболее физиологическими вмешательствами у этой категории больных являются дуоденосохраняющие резекции головки ПЖ. При левосторонних резекциях операция должна быть направлена на максимальное сохранение функционально активной ткани железы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Куликовский В.Ф., Давыденко О.Ю., Пархоменко И.Е., Солошенко А.В., Ярош А.Л.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

К настоящему времени накоплен сравнительно небольшой опыт лечения 15 больных с портальной гипертензией различной этиологии и варикозным расширением вен пищевода III степени.

Эндоскопическое лигирование проводили по стандартной методике с использованием набора для лигирования фирмы Wilson Cook Medical Inc. Суть данной методики заключалась в следующем: видео-комплекс «Fujinon» с гастроскопом EG-250 WR5, применяемый для обычной диагностической эзофагогастродуоденоскопии, с насадкой, содержащей латексные кольца, проводили через глоточное

кольцо. После проведения эндоскопа приступали к непосредственному лигированию, которое начинали с области кардиоэзофагеального перехода и продолжали выше в шахматном порядке по спирали. Во всех случаях был выбран спиралевидный метод аппликаций, избегая накладывания колец в одной плоскости по окружности для профилактики явления дисфагии и их соскальзывания в ближайшем периоде, а так же формирования кольцевидных сужений в отдаленном периоде. Лигирования проводили в направлении снизу вверх, чтобы не травмировать ранее лигированные нижележащие вены.

Ближайшие и отдаленные (до 5 лет максимально) результаты применения эндоскопического лигирования у данной группы пациентов показали его высокую эффективность в профилактике кровотечений из вен пищевода. Осложнений в виде рецидивов кровотечений, дисфагий, аспирационных пневмоний, перфораций и стриктур пищевода не наблюдали ни в одном случае. Степень варикозного

расширения вен пищевода после проведения процедуры с III ст. снизилась до I ст. во всех случаях.

Заключение. Использование методики эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода с риском кровотечения, позволяет проводить успешную профилактику этого осложнения у пациентов с портальной гипертензией.

ДОСТОВЕРНОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кулюшина Е.А.

ФГБУ «Медицинский учебно-научный клинический центр имени П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

Цель исследования: на основании методов доказательной медицины определить возможности эхографии в оценке внепеченочной портальной гипертензии у больных хроническими гепатитами и циррозом.

Материалы и методы. В условиях крупного многопрофильного стационара в течение 2 лет обследовано 76 пациентов с хроническими гепатитами В, С и циррозом различных стадий. Лучевое обследование представлено эхографическими, КТ- и МР-томографическими исследованиями. Статистическому анализу подвергнуты только результаты эхографических исследований, проведенных на аппаратах Acuson Sequoia 512 и Logiq 7 GE. Исследованию и оценке подвергли селезеночную вену, верхнюю брыжеечную вену, реканализованную пупочную вену и сформированные шунты.

Результаты. В результате исследования сосудов внепеченочного бассейна в В-режиме установлено, что расширение элементов сосудистого русла не было статистически достоверным при хронических гепатитах. Также не установлено достоверных различий между диаметром сосудов у больных циррозом стадий В и С стадий. У пациентов с циррозом достоверная разница в диаметрах сосудов установлена лишь между пациентами с циррозом стадий А и С. При исследовании сосудов в В-режиме маркерами изменения внепеченочной гемодинамики являлись увеличение диаметра селезеночной вены более 8 мм, дилатация верхней брыжеечной вены более 7 мм, наличие реканализованной пупочной вены и формирование шунтов. Косвенным признаком перестройки печеночного кровотока служило расширение

нижней полой вены. Данные критерии были выявлены не у всех пациентов даже с циррозом поздних стадий, что, вероятно, связано с развитием коллатералей. Достоверных изменений структуры стенок сосудов выявлено не было. Эхографическими признаками наличия портальной гипертензии, кроме того, были увеличение размеров селезенки и асцит. Реканализация пупочной вены отмечена только у пациентов с циррозами, что заставляет считать этот эхографический симптом патогномичным для указанного контингента больных. У пациентов с циррозом А диаметр вены составлял до 3 мм, скорость кровотока была 0,3 м/с, характер его был монофазным. У пациентов с циррозом В диаметр реканализованной пупочной вены составил в среднем $5,1 \pm 0,06$ мм. Скорость кровотока была в среднем $0,41 \pm 0,06$ м/с. Характер кровотока также был монофазным ($RI = 0,03$), что отражает всего лишь технические погрешности, неизбежные при обводке спектра доплеровской кривой. У пациентов с циррозом С диаметр реканализованной пупочной вены составил в среднем $5,7 \pm 0,16$ см, скорость кровотока в среднем составила $0,51 \pm 0,14$ м/с. Характер кровотока по-прежнему оставался монофазным ($RI = 0,02$).

Выводы. Реканализованная пупочная вена может быть расценена как высокоспецифичный ($Sp = 100,0\%$), но низкочувствительный ($Se = 58,9\%$) признак цирроза печени. Выраженные и статистически достоверные изменения характеристик сосудов внепеченочного бассейна при наличии портальной гипертензии определяются лишь на поздних стадиях заболевания печени.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М., Каюмов А.А., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов комплексного лечения пищеводно-

но-желудочных кровотечений (ПЖК) при циррозе печени.

Матеріали і методи. В клініці хірургічних захворювань № 1 ТГМУ за останні 10 років на лікування знаходилося 120 хворих з ПЖК. Чоловіків було 79 (65,8 %), жінок – 41 (34,2 %). Причиною циррозу печінки у хворих з ПЖК являлося: вірусне ураження печінки – в 84 (70,0 %) спостереженнях, алкогольне ураження – в 36 (30,0 %). Функціональний стан печінки у хворих циррозом печінки з ПЖК за Чайлду-Пью виглядало наступним чином: пацієнти з функціональним класом С склали 35,0 % (42 пацієнта), класом В – 55,8 % (67 пацієнтів) і класом А – в 9,2 % (11 хворих). С тяжелим і дуже важкими ступенями ПЖК поступали 46 (38,3 %) хворих. З 120 хворих з ПЖК продовжується кровотеча мала місце в 35 (29,2 %) спостереженнях, скінченна ПЖК – у 85 (70,8 %). Джерелом продовжується ПЖК були ВРВ нижньої третини шлунка в 28 (60,9 %) спостереженнях, ВРВ середньої третини шлунка – в 8 (17,4 %) і ВРВ кардиального переходу і кардиального відділу шлунка – у 10 (21,7 %) хворих з ПЖК.

Результати. Оцінка ступеня вираженості ВРВП за А.Г. Шерцингеру показало, що ВРВП І ступеня мала місце в 18 (15,0 %) спостереженнях, ІІ ступеня – в 29 (24,2 %) і ВРВП ІІІ ступеня – в 73 (60,8 %) випадках. З поступивших 61 (50,8 %) пацієнта з ВРВ шлунка і шлунка І ступеня групу А за Чайлду-Пью склали 5 (8,2 %) хворих, групу В – 36 (59,0 %), і групу С – 20 (32,8 %) хворих.

Ендоскопічні методи лікування ПЖК заміняли у 45 хворих (37,5 %). Вибір ендоскопічної склеротерапії визначався ступенем вираженості ВРВ шлунка. У 30 хворих з 45 ендоскопічні методи лікування після досягнення тимчасового гемостазу виконували в терміновому порядку. В відстроченому порядку ендоскопічне склерозування виконували у 15 (12,5 %) хворих. Різні варіанти хірургічних втручань при ПЖК як основний метод лікування виконані у 14 (11,7 %). Операція М.Д. Паціорі була методом вибору зупинки кровотечі у 9 з 14 хворих з ПЖК. В відстроченому порядку виконано 3 операції після зупинки ПЖК консервативними заходами. К невідкладному хірургічному лікуванню ПЖК при продовжується кровотечі звернулися лише в 2 спостереженнях. Безпосередні результати показали, що летальність при ендоскопічних і консервативних методах лікування склала 26,4 %, а при хірургічному втручанні досягла 35,7 %.

Висновок. Безпосередні результати ендоскопічних і консервативних методів лікування гострих ПЖК у хворих з циррозом печінки в значній ступені краще за порівнянням з хірургічними методами лікування виконаних на висоті кровотечі при продовжується кровотечі.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Лесовик В.С., Васильченко М.И., Кулюшина Е.А.

Городская клиническая больница № 50, Москва, Россия

ФГБУ «2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка МО Российской Федерации», Москва, Россия

В последние десятилетия отмечается значительный рост числа пациентов с диффузными заболеваниями печени. В общей структуре заболеваемости они занимают 8-е место в мире. В настоящий момент зарегистрировано более 1 млрд. пациентов с хроническими вирусными гепатитами В, С и циррозом. В связи с этим комбинированное применение современных средств медицинской визуализации для диагностики патологических процессов в печени приобретает в последнее время все большее значение.

Материалы и методы. 122 пациента с различными формами портальной гипертензии были обследованы с помощью лучевых методов исследования. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате «Sequoia-512» (Acuson, США), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) – на 64-срезовом компьютерном томографе Aquilion фирмы «Toshiba».

Результаты. Оценивали состояние селезеночных вен и артерий, верхних брыжеечных вен и артерий, реканализованной пупочной вены и сфор-

мированных сплено-ретроперитонеальных шунтов. Изменения внепеченочной гемодинамики были выявлены у 33 (27,5 %) пациентов: хворих гепатитом В – у 1 (1,2 %), с гепатитом С – у 4 (3,4 %) пацієнтів, с циррозом печінки різної стадійності – у (22,6 %).

При эхографии в В-режиме у 25,0 % хворих з діагностованою портальною гіпертензією діаметр селезеночної вени не перевищував 7 мм, діаметр селезеночної артерії – 4 мм, діаметр верхньої брыжеечної вени – 6 мм. В результаті дослідження судин внепеченочного басейна в В-режимі достовірних різниць між діаметром судин у хворих з циррозом В і С стадій не було встановлено. У пацієнтів з циррозом достовірною різницею в діаметрах судин встановлено лише між пацієнтами з циррозом стадій А і С. Реканалізація пупочної вени відзначається тільки у пацієнтів з циррозами, що змушує вважати цей ехографічний симптом патогномічним для вказаного контингенту хворих. При дуплексному скануванні були зареєстровані зміни

скоростных и резистивных параметров, шунты обнаружены только у пациентов с циррозом стадии В и С. Отмечены повышение максимальной и объемной скорости кровотока в верхней брыжеечной и селезеночной венах.

При исследовании внепеченочного кровотока при помощи МСКТ при развитии портальной гипертензии реканализованная пупочная вена становилась видна на аксиальных томограммах в области серповидной связки. Визуализация ее была достаточно точным признаком прогрессирования заболевания печени. Реканализованную пупочную вену определяли только у больных с циррозами

В и С, что позволило сделать вывод о том, что ее обнаружение является поздним диагностическим свидетельством. Другими МСКТ-признаками прогрессирования цирроза являлись расширение диаметра селезеночной вены: с ЦП стадии А – у 12,5 % больных, с ЦП стадии В – у 62,7 % пациентов и с циррозом стадии С – в 74,3 % наблюдений.

Заключение. Лучевые методы визуализации позволяют оценить изменения гемодинамики при диффузных заболеваниях печени, что дает возможность выявить стадию патологического процесса и определить тактику лечения этой категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

Лесовик В.С., Дибиров М.Д., Васильченко М.И.

*Городская клиническая больница № 50, Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития
России, Москва, Россия*

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка продолжают оставаться одной из актуальных проблем неотложной хирургии. За последние 20 лет, по данным разных авторов, частота кровотечений увеличилась в 2–3 раза, что связано со значительным ростом числа больных циррозами печени различной этиологии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 89 больных цирроз печени с варикозным расширением вен пищевода и желудка, осложненных кровотечением. Согласно критериям Child-Pugh, к группе А были отнесены 43 (48,3 %) пациента, к группе В – 26 (29,2 %), к группе С – 20 (22,4 %) больных.

Результаты и их обсуждение. Эндоскопические методы диагностики и лечения рассматривали как элемент комплексного лечения и применяли: 1) в экстренном порядке с целью достижения гемостаза и при остановившемся кровотечении; 2) в плановом порядке. С целью остановки продолжающегося кровотечения эндоскопическая склерооблитерация проведена у 22 больных, при неустойчивом гемостазе после распускания манжет зонда-обтуратора – у 31,

в отдаленном послеоперационном периоде – у 15, с целью профилактики рецидива геморрагии – у 13 и в качестве первичной профилактики – у 8. При плановом склерозировании вен пищевода использовали интравазальное введение 3% раствора тромбозара (фибровейна, этоксисклерола) в общей дозе не более 5 мл. Частота первичного гемостаза при продолжающемся кровотечении составила 81,8 % (18 пациентов). У 1 больного неэффективность склеротерапии заключалась в возникновении рецидива кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка, из ВРВ пищевода – еще у 3. В течение 3 месяцев после проведения эндоскопического воздействия при продолжающемся кровотечении и неустойчивом гемостазе у 53 (59,6 %) больных, рецидивы кровотечения развились у 8 (15,1 %). Это были пациенты с декомпенсированным циррозом печени, которым оперативное вмешательство не выполнялось. Из 13 больных после эндоскопической склерозирования с целью вторичной профилактики рецидив рецидив развился у 2-х (15,3 %).

Выводы. Применение эндоскопического склерозирования является достаточно эффективным методом при кровотечении из расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозами печени и позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭНДОГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Макаров В.И., Перерва О.В., Таранков А.С., Стегний К.В., Юдин С.В., Агапов М.Ю., Букарев А.В.

*ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
Владивосток, Россия*

Цель исследования: оценить эффективность различных методов эндоскопического гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.

Матеріали і методи. В клініці факультетської хірургії знаходились на ліченні 112 хворих з ознаками шлунково-жовчного кровотечення в віці від 17 до 87 років. Чоловіків було 60 (53,6 %), жінок – 52 (46,4 %). У всіх поступивших при езофагогастроуденоскопії виявлено кровотечення із варикозно розширених вен шлунка. Тяжела ступінь кровопотери мала місце у 63 пацієнтів, середня ступінь – у 49. Алгоритм лікувально-діагностичних заходів був наступним: після езофагогастроуденоскопії всім хворим встановлювали на найближчі 12–18 годин зонд Блэйкмора і проводили комплексну терапію, направлену на зупинку кровотечення, виконання кровопотери і стабілізацію гемодинаміки.

Після нормалізації гемодинаміки паравазальне введення 2% етоксисклеролу виконано 34 пацієнтам, інтравазальне введення 70% розчину етанолу або 3% розчину тромбовару – 31. Ендоскопічне лігування лігуючими пристроями фірми Соок і Оуптрис застосовували у 28 хворих, лігування в поєднанні зі склеротерапією – у 19.

Результати. Стійкий гемостаз після проведення ендоскопічних маніпуляцій досягнуто

у 78 (69,6 %) хворих. При цьому при паравазальній склеротерапії позитивний ефект відзначено у 20 (54,2 %), при інтравазальній – у 17 (54,2 %). Ендоскопічне лігування вен дозволило зупинити кровотечення в 23 (82,1 %) випадках, а поєднання ендоскопічного лігування і склеротерапії – в 18 (94,7 %). У 12 (25,5 %) хворих після ендоскопічних втручань розвинулися ускладнення у вигляді тромбозу, гострої язви шлунка і гострої язви шлунка з кровотеченням. Кровотечення вдалося зупинити завдяки застосуванню ендоскопічних ін'єкцій розчину адреналіну 1 : 10000 і кліпінгання. Всі інші ускладнення були купіровані консервативними методами лікування. При цьому найменше число ускладнень відзначено після паравазальної склеротерапії і комбінованого застосування паравазальної склеротерапії з лігуванням.

Висновок. Аналіз результатів застосування ендоскопічних методів гемостазу з позиції ефективності і частоти ускладнень при кровотеченнях із варикозно розширених вен шлунка свідчить про найбільшу ефективність методів лігування і поєднання лігування зі склеротерапією.

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ДОПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ШЛУНКОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Абдурашидов Г.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

Кровотечение из варикозно расширенных вен шлунка и кардиального отдела желудка, развившееся на почве допеченочной портальной гипертензии многие хирурги считают абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. Оно может быть экстренным, либо плановым в зависимости от ситуации. Предложено множество методик, в том числе и малоинвазивного характера.

Цель исследования: оценить эффективность спленэктомии, дополненной прошиванием варикозно расширенных вен шлунка и кардии при допеченочной портальной гипертензии.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 28 пациентов с кровотечением из вен шлунка на почве допеченочной портальной гипертензии. Из них первичная форма была у 4 (14,9 %) больных, вторичная – у 24 (85,1 %). Мужчин было 9 (32,1 %), женщин – 19 (67,9 %). Наличие допеченочного блока портальной системы установили на основании анамнеза, клиники, данных УЗИ органов брюшной полости, КТ, эзофагогастроскопии и ангиографических исследований. В экстренном порядке оперированы 22 (78,5 %) пациента, в плановом – 6 (21,5 %). Всем больным из верхнесрединного

доступа проведена спленэктомия с прошиванием варикозно расширенных вен шлунка и желудка по Пацциоре.

Результаты. В послеоперационном периоде местные осложнения отмечены у 7 (25,0 %) пациентов (нагноение послеоперационной раны – у 2 и транзиторный асцит в умеренном объеме – у 5 больных). Рецидив кровотечения не отмечен. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет изучены у всех пациентов. Двое пациентов с первичной формой допеченочной портальной гипертензии оперированы повторно в других клиниках, наложены сосудистые анастомозы и спустя 15 месяцев после операции выполнена спленэктомия с прошиванием вен шлунка и желудка. Умер пациент со злокачественной опухолью тела поджелудочной железы.

Вывод. Спленэктомия, дополненная прошиванием варикозно расширенных вен шлунка и кардии, при допеченочной портальной гипертензии позволяет снизить риск развития кровотечения из варикозно расширенных вен шлунка и кардиального отдела желудка в послеоперационном периоде.

РЕЛАКСИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ АЛКАЛОИДА ПРОТОПИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Набиев А.Н., Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Хамидов О.Б.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Роль гладкомышечных клеток (ГМК) сосудистой системы довольно значительна в кровоснабжении внутренних органов, особенно печени. В изучении механизмов функциональной активности ГМК крупных сосудов за последние годы достигнуты значительные успехи.

Цель работы: исследование механизма действия алкалоида-протопина, выделенного из растений рода *Fumaria parviflora* на сократительную активность ГМК воротной вены в эксперименте.

Материалы и методы. 12 белых беспородных крыс (200–250 г) забивали с помощью цервикальной дислокации. Воротную вену извлекали и немедленно помещали в специальную камеру, которую постоянно перфузировали нормальным физиологическим раствором Кребса. Раствор оксигенировали карбогеном (95% O₂, 5% CO₂), температура раствора равнялась 37 °С. После того, как соединительная ткань и жир, окружающие воротную вену, удалялись, из сосуда выделяли сегмент в виде кольца размером 3–4 мм. Сосудистые кольца подвешивали на серебряные проволочки, соединенные с датчиком ГТОЗ (США), предназначенным для измерения изометрического напряжения. Затем кольца воротной вены оставляли на 50–60 мин для достижения равновесия. К каждому препарату прикладывали начальную силу в 1 г. Сокращение препарата воротной вены индуцировали с помощью гиперкалиевых растворов (50 μМ KCl) и норадреналином (1 μМ) и регистрировали с помощью самописца марки Indem 621.02. Величину изменений сокращения препарата оценивали в процентах от контроля.

Результаты. На препаратах воротной вены в кальциевой среде было выявлено, что протопин дозозависимо вызывает расслабление мышц. В эксперименте препарат воротной вены предварительно

был сокращен на 100 % относительно контроля с помощью добавления в среду 50 μМ KCl. Алкалоид протопин в концентрации 1 μМ вызывал расслабление препарата на 9,2 ± 1,9 %. При использовании данного алкалоида в концентрации 10 μМ было выявлено, что он вызывает расслабление препарата воротной вены на 49,2 ± 3,8 %. При более высокой концентрации (100 μМ) наблюдали максимальное расслабление препарата воротной вены на 93,7 ± 5,2 %.

Для выяснения роли внеклеточного Ca²⁺ в эффекте протопина на сокращении ГМК использовали бескальциевый раствор Кребса. Как показали эксперименты (n = 6), в бескальциевой среде добавление KCl (50 μМ) не вызывало сокращения препарата воротной вены. Внесение в среду ионов кальция (2,5 μМ) в этих условиях приводит к фазотоническим сокращениям, что указывает на быстрое восстановление чувствительности ГМК воротной вены к гиперкалиевому воздействию.

В другой серии экспериментов (n = 6) эффекты исследуемого алкалоида изучались на фоне контрактуры препарата воротной вены, вызванной агонистом α-адренергических рецепторов-норадреналином. Норадреналин 1 μМ вызывал медленно развивающееся сокращения, которое, в конечном счете, достигало устойчивого уровня напряженности, которая поддерживалась в течение нескольких минут. Добавленный протопин в этих условиях вызвал дозозависимое расслабление.

Концентрация, производящая 50 % расслабление (IC₅₀), равнялась 20 μМ, а максимальное расслабление достигали при использовании 120 μМ Протопина.

Заключение. Алкалоид протопин обладает выраженным релаксантным действием, в основе которого лежит его способность модифицировать свойства потенциалзависимых и рецептор-управляемых Ca-каналов ГМК воротной вены.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РЕДУКЦИИ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: на основании данных ангиографических и радионуклидных исследований разработать классификацию степеней редукции портопеченочного кровотока у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ).

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ данных ангиографических (спленопортография (СПГ) и гепатосцинтиграфических обследований 127 больных ЦП, находившихся на

лечении в РСЦХ им. В. Вахидова. Возраст пациентов варьировал в пределах от 12 до 64 лет и составил в среднем 32,5 года.

Результаты. Из объема циркулирующей крови рассчитывали расчетный общий печеночный кровоток (ОПК), который в среднем составил 973,0 ± 11,4 мл/мин. Истинные показатели ОПК, то есть показатели, полученные при исследовании, в среднем составили 762,6 ± 13,6 мл/мин. Таким об-

разом, дефіцит ОПК в доопераційний період в середньому становив $20,7 \pm 1,4$ %.

Інформативність даних у стані гепатопетального кровотоку підвищується при сопоставленні ангиографічних і радіонуклідних досліджень. Ісходя з вищезазначеного, виділили 3 ступені редукції гепатопетального кровотоку.

I ступінь:

а) дефіцит істинного ОПК від розрахункового до 20 %;

б) при СПГ розповсюдження контраста плавне, з візуалізацією чітких контурів селезеночної (СВ) і воротної вени (ВВ);

в) відсутність або більш пізніше і неінтенсивне контрастирування ЛЖВ;

г) тривалість контрастирування ЛЖВ менше, ніж ВВ;

д) помірні зміни з боку печінки, деформація, звуження судин і зміна фази паренхіматозного контрастирування тільки по периферії органу.

II ступінь:

а) дефіцит істинного ОПК від розрахункового до 40 %;

б) при СПГ заброс контраста в ЛЖВ відбувається одночасно з розповсюдженням по спленопортальному руслу, однак інтенсивність її окрашування менше або відповідає такій у ВВ;

в) діаметр ЛЖВ не перевищує 1,0 см;

г) тривалість візуалізації ЛЖВ відповідає ВВ;

д) судини печінки добре прослідковуються тільки до 4–5 порядку, далі вони деформуються, різко звужуються або обриваються.

III ступінь:

а) дефіцит істинного ОПК від розрахункового більш ніж 40 %;

б) при СПГ заброс контраста в ЛЖВ відбувається одночасно з розповсюдженням по спленопортальному руслу;

в) ЛЖВ може бути розширена більш ніж 1,0 см;

г) ступінь її контрастирування не поступає такій у СВ і перевищує інтенсивність окрашування ВВ;

д) контури ВВ не чіткі, швидко розмиваються;

е) період контрастирування ЛЖВ більш ніж ВВ;

ж) внутрішньопечінково виявляють значущо деформовані, звужені розгалуження, визначають ділянки без фази паренхіматозного контрастирування по периферії і к воротам печінки.

Висновки. Відмінно від статическої СПГ оцінка динамічних показників цього дослідження дозволяє об'єктивно оцінити вираженість коллатерального кровообігу і зміни з боку печінки, урахування яких необхідно при плануванні портосистемного шунтування. Сопоставлення даних гепатосцинтиграфії з вираженістю інверсії коллатерального кровообігу, виявленої при СПГ, дозволяють об'єктивно класифікувати ступінь редукції гепатопетального кровотоку. Такий комплекс лучевих методів дослідження може лежати в основі визначення оптимальної ступені декомпресії портальної системи. При початковій ступені редукції гепатопетального кровотоку центральна декомпресія портальної системи здійснюється без обмеження сброса. При другій і третій ступені необхідна дозована портосистемна декомпресія, що дозволяє зберегти гепатопетальний кровоток, максимально близький до доопераційного рівня.

ПРИМЕНЕНИЕ УСОВЕРШЕНСТВАННОГО СПОСОБА ЛИГАТУРНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Нуриддинов У.С.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность и преимущества оригинального способа лигатурной трансекции кардиоэзофагеального венозного бассейна у больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ).

Материалы и методы. За период с 1998 по 2011 гг. выполнено 117 операций тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК). Первоначально в 1998 г. были разработаны и внедрены в практику аппаратный и лигатурный способы ТРГЭК с наложением гастро-гастрального анастомоза. За период с 1998 по 2007 гг. было выполнено 63 подобных операции у 40 (63,5 %) больных циррозом печени (ЦП) и 23 (36,5 %) пациентов – с внепеченочной ПГ. В последующем эта методика была усовершенствована и в 2007 г.

внедрен оригинальный способ лигатурной трансекции кардиоэзофагеального венозного бассейна на каркасе, который выполнен у 55 пациентов (из них в 23 случаях при внепеченочной ПГ). Технический результат предлагаемого способа заключается в устранении негативных последствий (операционный травматизм, отдаленные функциональные нарушения эвакуаторной и секреторной функций желудка), упрощения методики и обусловлен совокупностью существенных признаков, позволяющих осуществить гарантированное прерывание пищевода-желудочного портального коллектора. Новая методика ТРГЭК включает следующие этапы: деваскуляризация желудка по большой и малой кривизнам с разобщением субсерозных венозных портальных коллатералей; имплантация в субкар-

диальную область желудка синтетического гофрированного цилиндра для лигатурной транссекции на ней; пилоропластика.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде наиболее частым осложнением ранее разработанных методик разобщения являлась недостаточность швов гастрогастрального анастомоза (при плановых операциях – 11,7 % и при экстренных вмешательствах – 21,1 %). В отличие от них предложенный новый вариант осуществляется через небольшое гастротомное отверстие, в связи с чем подобных осложнений не наблюдали. Явления печеночной недостаточности и энцефалопатии отмечены только у 6 пациентов с ЦП.

В группе больных с внепеченочной формой ПГ в послеоперационном периоде специфических осложнений не отмечено. Это, в первую очередь, связано с тем, что для этой категории больных не характерны такие осложнения как печеночная недостаточность и энцефалопатия, нарастание асцита, что обуславливает полноценное функциональное состояние гепатоцитов и отличает эту группу больных от пациентов с внутривенным блоком на фоне ЦП. С другой стороны преимуществами модифицированного метода ТРГЭК являются: отказ от выполнения гастрогастрального анастомоза с сохранением есте-

ственного хода через желудок посредством протеза, фиксированного в кардиальном отделе; сокращение длительности операции за счет выполнения гастротомии без наложения гастрогастрального анастомоза; снижение риска развития недостаточности гастротомного отверстия вследствие уменьшения протяженности гастротомии до 3 см.

Выводы. Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, предварительно имплантированного в область субкардии желудка в отличие от ранее предложенных методов ТРГЭК позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде.

Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является наиболее перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ результатов портосистемного шунтирования (ПСШ) у больных с синдромом внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ).

Материалы и методы. За период с 1992 по 2011 гг. на лечении находилось 2335 больных с синдромом ПГ различной этиологии. Цирроз печени установлен в 2207 (94,5 %) случаях, ВПГ – в 128 (5,5 %) случаев. Средний возраст больных с ВПГ составил $23,1 \pm 1,3$ года. В экстренном порядке с клиникой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) на фоне ВПГ поступило 24 (18,8 %) пациента, остальные были госпитализированы в плановом порядке. Из 128 больных оперировано 94 (73,4 %) пациента. Консервативно пролечено 25 (21,1 %) пациентов. Миниинвазивные методики лечения применены 9 (7,1 %) пациентам, причем эндоскопическая склеротерапия – в 7 случаях и эмболизация селезеночной артерии – в 2 случаях.

Результаты. За рассматриваемый период из оперированных 94 больных наложение различных вариантов портосистемных шунтов (ПСШ) произведено в 42 (44,7 %) случаях, тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора произведено в 30 (31,9 %), операция Пациоры выполнена 7 (7,4 %)

больным, абдоминальный этап операции Sugiura – в 3 (3,2 %) случаях и спленэктомия с деваскуляризацией желудка – в 12 (12,8 %). Следует отметить, что в настоящий период спленэктомию выполняют у больных с изолированным тромбозом селезеночной вены в сочетании с деваскуляризацией желудка (абдоминальный этап операции Sugiura).

За весь период развития хирургии ПГ в Узбекистане (1976–2011 гг.) ПСШ у больных с ВПГ выполнено в 48 случаях, что составило 6,0 % от всех ПСШ (800 операций). Тромбоз воротной вены был выявлен в 42 (87,5 %) случаях, в остальных тромбоз проксимального участка селезеночной вены (3) и кавернозная трансформация воротной вены (3).

Наложение дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) произведено в 14 (29,2 %) случаях, в остальных 34 (70,8 %) случаях выполнены различные варианты центрального ПСШ. Селезеночная вена использована для декомпрессии в 39 (81,3 %) случаях и только у 9 (18,8 %) пациентов анастомоз наложен с мезентериальными венами.

Отличительной особенностью течения послеоперационного периода для больных с ВПГ является отсутствие угрозы такого осложнения, как печеночная недостаточность. На фоне нормально

функціонуючої печінки ця група хворих, як правило, легко переносила операцію. Серед інших ускладнень слід відзначити тромбоз анастомоза з розвитком кровотечення із ВРВПЖ після ДСРА в 1 (2,1 %) випадку. Летальності в цій групі хворих не було.

Висновки. Прогресування ПГ на фоні підпечінкового блоку в 75,0 % (36) випадків первинно проявляється клінікою кровотечення із ВРВПЖ і тільки в 25,0 % (12) хворих зверталися на обстеження по приводу наростання почуття тяжкості в лівому подребер'ї на фоні спленомегалії або інших скарг. Вероятність накладення ПСШ в раз-

личних варіантах для хворих з ВПГ становить 32,4 %, в інших випадках для профілактики кровотечення із ВРВПЖ можуть виконуватися розбавляючі втручання або сеанси ендоскопічної склеротерапії. Декомпресивний ефект ПСШ при оптимальній розгрузці системи воротної вени в 93,7 % випадків дозволяє досягти адекватного зниження портального тиску і, відповідно, нівелювати ризик розвитку кровотечення із ВРВПЖ. Ризик тромбозу анастомоза і рецидиву кровотечення із ВРВПЖ в цій групі хворих становить 6,3 %, їх розвиток потребує виконання операцій розбавляючого типу.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Плеханов А.Н., Батчулуун П.

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, Улан-Удэ, Россия
Монгольский государственный университет, Улан-Батор, Монголия

Целью исследования явилась оценка тяжести печеночной недостаточности у больных циррозом печени.

Материалы и методы. Произведен многофакторный анализ статистически значимых показателей у 212 больных циррозом печени для выявления степени тяжести заболевания, связанной с развитием печеночной недостаточности.

Результаты. При ретроспективном анализе определены критерии оценки степени тяжести печеночной недостаточности.

Легкая (компенсированная) степень проявляется подъемом уровня общего билирубина в сыворотке крови ($33,8 \pm 6,4$ мкмоль/л), его прямой фракции ($20,6 \pm 5,7$ мкмоль/л), активности трансаминаз в 2–3 раза (АЛТ – $97,5 \pm 18,7$ IU/L, АСТ – $106,8 \pm 19,6$ IU/L).

Белково-синтетическая и жириполидная функции не страдали. Отмечается гиперкоагуляционная форма тромбогеморрагического синдрома. Для компенсированной печеночной недостаточности характерно снижение объемных кровотоков по воротной вене – до $943 \pm 46,5$ мл/мин, по печеночной артерии – до $339,4 \pm 26,8$, ОПК – до $1167 \pm 196,2$; повышение уровня интерлейкинов-1 β – от 60 до 80 пкг/мл, интерлейкина-6 – до 10 пкг/мл, удлинении T1/2 – от 50 до 70 мин.

Средняя (субкомпенсированная) степень проявляется нарастанием уровня экскреторных нарушений. Билирубин повышается до $146,6 \pm 32,2$ мкмоль/л, нарастает уровень лактатдегидрогеназы до $697,2 \pm 109,3$ IU/L, нарастают изменения поглотительной функции, период полувыведения радиофармпрепарата удлиняется до 70–100 мин, секреторные нарушения отражаются

снижением общего белка до $55,8 \pm 3,8$ г/л, снижением процента альбуминов до $30,5 \pm 1,7$ г/л. Повышается активность аминотрансфераз. Диагноз субкомпенсированной печеночной недостаточности правомерен, тогда, когда показатели кровотока по воротной вене соответствуют $674 \pm 76,3$ мл/мин, по печеночной артерии – $240,5 \pm 48,2$ мл/мин, ОПК – $860 \pm 56,4$ мл/мин; когда отмечается повышение уровня интерлейкинов-1 β – от 80 до 100 пкг/мл, интерлейкина-6 – от 10 до 15 пкг/мл, T1/2 – от 80 до 100 мин.

Тяжелая (декомпенсированная) степень характеризуется нарастающим поступлением в кровь продуктов экскреции печени, что приводит к тяжелой холемии. Гипербилирубинемия повышается до $259,2 \pm 38,3$ мкмоль/л, уровень неконъюгированного билирубина – до $178,8 \pm 32,7$ мкмоль/л, резко снижается секреторная функция печени, уровень альбуминов – до $24,7 \pm 1,5$ г/л, повышается активность ЛДГ – до $824,4 \pm 145,3$ IU/L. Нарушения коагуляции характеризуются повышенной кровоточивостью, гипофибриногенемией, гипокоагуляцией. Печеночная недостаточность в стадии декомпенсации проявляется снижением кровотока по воротной вене до – $494,8 \pm 66,4$ мл/мин, по печеночной артерии – до $128,2 \pm 18,1$ мл/мин, ОПК – до $540 \pm 63,3$ мл/мин; увеличением уровня интерлейкинов-1 β – более 100 пкг/мл, интерлейкина-6 – более 15 пкг/мл; удлинением T 1/2 – более 100 мин.

Заключение. Разработанные критерии степени тяжести печеночной недостаточности у больных циррозом печени могут предсказать исход и прогноз хирургического вмешательства у больных с портальной гипертензией.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Русин В.И., Сирчак Е.С., Футько Х.В., Петричко О.И., Ивачевский М.М.

Медицинский факультет Ужгородского национального университета, Ужгород, Украина

Цель исследования: определить ранние маркеры формирования гепаторенального синдрома (ГРС) у больных с портальной гипертензией (ПГ).

Материалы и методы. Под наблюдением в ЗОКБ им. А. Новака находилось 168 больных с ГРС. Больных с ГРС разделили на три группы в зависимости от формы ПГ: I группу составили 64 (38,1 %) пациента с подпеченочной блокадой портального кровообращения (ПБПК), II группу – 42 (25,0%) больных с внутривенной блокадой портального кровообращения (ВБПК), III группу – 62 (36,9%) больных с надпеченочной блокадой портального кровообращения (НБПК). Всем больным с ГРС в сыворотке крови методом ИФА проводили определение показателей вазоактивных веществ: 6-кето-простагландина F1α (простациклин крови – PGI2) и простагландина F2α (Pgf2α). Также предоперационное обследование больных включало ультразвуковое исследование в режиме дуплексного сканирования и ангиографическое исследование.

Результаты. У больных с ГРС в целом наблюдали повышение уровней Pgf2α и простациклина в сыворотке крови. При анализе изменений в показателях простагландина F2α у больных ГРС выявили нарушений в зависимости от формы и прогрессирования ПГ. У больных I группы (ПБПК) регистрировали минимальные показатели Pgf2α (119,5 ± 21,3 пг/мл), а максимальные значения Pgf2α наблюдали у больных с ГРС III группы (НБПК) – 249,7 ± 10,7 пг/мл.

При характеристике результатов простациклина обнаружили интересные закономерности. В группе больных с ГРС в целом регистрировали значительное повышение его уровня в сыворотке крови (до 158,4 ± 16,2 пг/мл при норме 47,0 ± 7,2 пг/мл). Такую закономерность проследили в I группе больных с ПБПК. Во II и III группах получили следующие результаты: во II группе больных с ВБПК характерно было снижение уровня простациклина до нормальных показателей (до 48,1 ± 7,2 пг/мл); у больных III группы с ГРС (на фоне НБПК) наблюдали значительное уменьшение PGI2 (до 17,2 ± 2,1 пг/мл) по сравнению с другими группами обследованных пациентов.

У больных с ПГ выявили нарушение соотношения вазоактивных веществ, что проявляют сосудосуживающий (простагландин Pgf2α) и сосудорасширяющий (простациклин) эффекты на фоне не поврежденного сосудистого эндотелия.

У больных с ГРС на фоне ПГ при дуплексном сканировании, а также при ангиографическом исследовании подтверждается факт сужения сосудов почек при неизменной анатомо-морфологической структуре органа.

Выводы. Дуплексное сканирование и ангиографическое исследование сосудов почек у больных с ПГ являются информативными ранними методами выявления ГРС у данных пациентов. Динамика показателей простациклина у больных с ПГ является чувствительным маркером формирования ГРС, особенно при надпеченочной блокаде портального кровообращения.

ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ

Савченко А.В., Авдей Е.Л., Руммо О.О.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей», Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь*

Цель исследования: установить вероятные причины развития заболевания у пациентов с внепеченочной формой портальной гипертензии.

Материалы и методы. В РНПЦ трансплантации органов и тканей и УЗ 9 ГКБ под наблюдением находилось 104 пациента с синдромом внепеченочной портальной гипертензии и варикозным расширением вен пищевода/и желудка (ВРВПЖ). В исследуемой группе возраст больных варьировал в пределах от 15 до 72 лет, мужчин и женщин было по 52 человека. Диагноз портальной гипертензии основывался на данных анамнеза, УЗ-исследования с дуплексным сканированием, КТ, ЯМРТ, эндоскопи-

ческого исследования, изучения факторов свертываемости крови, общеклинических анализах.

Результаты. У всех пациентов диагностировано ВРВПЖ различной степени выраженности. Тромбоз воротной вены с ее частичной реканализацией диагностирован у 103 (99,0 %) больных, надпеченочный вариант портальной гипертензии с пристеночным тромбозом нижней полой вены и печеночных вен – у 1 больного. Кровотечения из ВРВПЖ в анамнезе имели место у 96 (92 %) человек, причем два и более эпизода – у 59. Анализируя историю заболевания пациентов удалось выявить основные вероятные причины, приведшие к раз-

виту тромбоза воротной вены. Среди них: пупочный сепсис новорожденного – 10 (9,6 %), гнойный омфолит – 4 (3,8 %), сепсис новорожденного – 4 (3,8 %), пиодермия в период новорожденности – 1 (1,0 %), гемолитическая болезнь новорожденного (с заместительным переливанием крови) – 2 (1,9 %), острый панкреатит – 9 (8,7 %), травма брюшной полости – 3 (2,9 %), гангрена тонкой кишки – 1 (1,0 %), остеомиелит, осложненный сепсисом – 2 (1,9 %), эритремия – 1 (1,0 %), лимфогранулематоз с поражением лимфатических узлов ворот печени – 1 (1,0 %). У 66 (63,4 %) пациентов, причину развития тромбоза воротной вены у которых достоверно выявить не удалось, обращали на себя внимание имеющиеся общие анамнестические черты. Несмотря на отсутствие указаний на осложнения во время родов, наличие каких-либо нагноительных заболеваний в раннем детском возрасте, у большинства пациентов (40 (60,6 %) человек) заболевание манифестировало с появления увеличенной селезенки в возрасте

от 1 года до 10 лет, либо с кровотечения из ВРВПЖ в этом же возрасте. Это может свидетельствовать о связи данной патологии с заболеваниями раннего детского возраста, которые по разным причинам не были диагностированы.

Заключение. Диагноз синдрома внепеченочной портальной гипертензии как правило устанавливается после развившихся осложнений; имеется множество причин, приводящих к развитию внепеченочной портальной гипертензии, установить которые возможно, как правило, только анамнестически; заболевание развивается чаще в раннем детском возрасте.

Учитывая вышеизложенное, необходимо рекомендовать детальное обследование детей, перенесших различные нагноительные заболевания в период новорожденности и раннем детском возрасте, на предмет развития тромбоза воротной вены, с целью своевременной профилактики осложнений портальной гипертензии.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Савченко А.В., Авдей Е.Л., Руммо О.О.

ГУ «Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей», Минск, Беларусь

Цель исследования: оценить возможности комплексного хирургического и эндоскопического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при внепеченочной портальной гипертензии (ПГ).

Материалы и методы. В РНПЦ трансплантации органов и тканей и УЗ 9 ГКБ под наблюдением находилось 104 пациента с синдромом внепеченочной портальной гипертензии и варикозным расширением вен пищевода/и желудка (ВРВПЖ).

Кровотечения из ВРВПЖ в анамнезе имели место у 96 (92 %) пациентов. Этап хирургического лечения перенесли 72 (69 %) человека, всего им выполнено 130 оперативных вмешательств (от 1 до 4 у одного больного). Выполняли следующие операции: спленэктомия – 57; гастротомия с прошиванием вен пищевода и желудка – 40; лигирование вен пищевода на протезе – 7; реимплантация пищевода – 7; деваскуляризация желудка – 2; перевязка левой желудочной артерии, коронарной вены и ее ветвей – 4; наложение портокавального анастомоза – 11; илиовезикопексия – 1; эмболизация селезеночной артерии – 1. После проведенного оперативного лечения у данных пациентов сохранялись либо возникли вновь ВРВПЖ и имели место повторные эпизоды кровотечений из них. Варикоз 3 степени с предикторами высокого риска повторных кровотечений диагностирован у 98 (94 %) пациентов. С профилактической и лечебной целью выполнено 399 сеансов склерозирующей терапии и 36 лиги-

ваний ВРВПЖ. Количество сеансов склеротерапии у одного больного от 1 до 10 (у большинства 1–6), лигирований от 1 до 4 (большинству 1–2 сеанса).

Результаты. Полная облитерация ВРВПЖ достигнута у 49 (47 %) пациентов. Степень варикоза значительно уменьшилась и оценена как I у 41 (39 %) больного. Полная облитерация, либо уменьшение степени ВРВПЖ до I, расценивались как отличные и хорошие результаты лечения. Отличные и хорошие результаты достигнуты в 86 % случаев эндоскопического лечения у этой категории пациентов. В процессе динамического наблюдения (длительность до 14 лет) эпизоды кровотечений из ВРВПЖ отмечены у 18 (17,3 %) пациентов. Важным является тот факт, что у 11 пациенток группы, молодых женщин, в период наблюдения родились здоровые дети. Больному с синдромом Бадда – Киари после склерозирующей терапии выполнена трансплантация печени с хорошим результатом (срок наблюдения на сегодняшний момент – 3 года).

Заключение. Превентивное плановое эндоскопическое лечение позволяет эффективно предотвратить развитие кровотечений из ВРВПЖ; полная облитерация или уменьшение до I степени ВРВПЖ у больных с подпеченочной формой ПГ достигается при эндоскопическом лечении в 86 % случаев; количество эпизодов кровотечений у пациентов после проведения эндоскопического лечения достоверно снижается – с 92 % до эндоскопического лечения

против 17,3 % после него ($p < 0,001$). Эффективным методом лечения надпеченочной ПГ является трансплантация печени, эндоскопические методики

профилактики и лечения кровотечений из ВРВПЖ позволяют увеличить период ожидания в данной группе больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА

Самарцев В.А., Протасов В.В., Пушкарев А.Г.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия
ГАУЗ ПК Городская клиническая больница № 4, Пермь, Россия

Цель исследования: улучшить результаты комплексного лечения больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка за счет дифференцированного применения эндоскопических методов гемостаза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 112 больных с синдромом портальной гипертензии за период с 2009 по 2011 гг. Среди пациентов была 51 (45,5 %) женщина и 61 (54,5 %) мужчина в возрасте от 26 до 80 лет. Средний возраст составил $50,8 \pm 12,8$ года. Повторно (от 2 до 5 раз) были госпитализированы 25 (22,3 %) больных. Прогрессирование печеночной недостаточности являлось показанием к экстренной госпитализации в 92 (64,3 %) случаях, в 38 (25,6 %) случаях пациенты госпитализированы по экстренным показаниям с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Продолжительность пребывания в стационаре варьировала в пределах от 1 до 46 койко-дней, в среднем составляя $17 \pm 8,5$ койко-дня. Этиологическими факторами портальной гипертензии и цирроза печени (ЦП) явились различные виды гепатита: хронический вирусный – 50 (44,6 %), криптогенный – 39 (34,8 %), алкогольный – 21 (18,8 %), токсический – 2 (1,8 %). По классификации Child-Pugh (1973) ЦП к функциональному классу А отнесены 9 (6,3 %) пациентов, В – 55 (38,5 %), С – 79 (55,2 %). По классификации N. Soehendra, K. Binmoeller (1997) ВРВП 1-й степени было у 29 (20,3 %) пациентов, 2-й степени – у 36 (25,2 %), 3-й степени – у 3 (2,1 %). Вариксов в пищеводе не было у 35 (24,5 %) пациентов, 40 (27,9 %) больных отказались от эндоскопического обследования.

Из 38 больных ВРВП 18 (47,4 %) больным (первая группа) выполняли эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП. ЭЛ проводили с использованием многоразового однозарядного лигатора типа Stiegmann-Goff, в среднем накладывалось 7 латексных лигатур, в 1–5 этапов с интервалом 1–20 дней. В 8 (21,0 %) случаях ЭЛ дополняли эндоскопической склеротерапией (ЭС) вариксов в области кардии с использованием 1% раствора этоксисклерола (6–10 мл) одновременно или отдельным этапом. Консервативное лечение (для остановки кровотечения использовали зонд Sengstaken-Blakemore) провели 20 (52,6 %) больным (вторая группа).

Результаты. В группе пациентов, которым выполнено ЭЛ и ЭЛ+ЭС, эрадикация ВРВП достигнута у 7 (38,9 %) пациентов, регрессию ВРВП до 1-й степени наблюдали у 2 (11,1 %) больных. Отказались от дальнейшего лечения и обследования 4 (22,2 %) человека. Летальность составила 27,8 % (5 пациентов), из них 2 (11,1 %) – на фоне рецидива кровотечения из ВРВП на 1-е (ЭЛ+ЭС) и 4-е (ЭЛ) сутки. В группе консервативного лечения летальный исход наступил у 12 (57,1 %) пациентов. В 2009 г. общая летальность от ЦП составила 8,9 % (10 больных), в 2010 г. – 9,8 % (11), в 2011 г. – 8,9 % (10).

Выводы. Кровотечение из ВРВП и ВРВЖ являлось наиболее частой причиной летальности у больных ЦП. Дифференцированное применение методик эндоскопической остановки кровотечения из ВРВП позволило достичь регрессии и эрадикации вариксов, снизить частоту летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДОПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Фомин П.Д., Козлов С.Н., Долот А.П., Никишин А.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность. Проблема портальной гипертензии (ПГ) актуальна во всем мире, особенно при ее осложнениях в виде кровотечений из варикоз-

но-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, асците. В работе представлен опыт диагностики, состояние гемодинамики и эффективность мини-

мально инвазивных рентгеноэндоваскулярных хирургических вмешательств (РЭХВ) у больных с подпеченочным блоком (ППБ).

Материалы и методы. Под наблюдением в период с 2009 по 2012 гг. находилось 107 пациентов с ПГ, из которых у 16 (14,9 %) диагностировали ППБ. Средний возраст больных составил 45,2 (32–64 года) лет. Всем больным проводили комплексное обследование: ЭГДС (для верификации типа ВРВ), МСКТ с внутривенным контрастированием и 3D реконструкцией сосудов портального бассейна (для выявления ППБ и определения причин его возникновения); ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием (ДС) (определяли размеры селезенки, диаметр 10 вен портального сегмента и 5 артерий (воротная вена (ВВ), общая печеночная (ОПА) и собственно печеночная артерия (СПА), селезеночная артерия (СА) и вена (СВ), левая желудочная вена (ЛЖВ), верхняя брыжеечная артерия (ВБА) и вена (ВБВ) с оценкой 8–9 параметров венозного и артериального кровотока). РЭХВ в виде комбинированной паренхиматозно-стволовой эмболизации СА спиралью Гиантурко (8–25 витков) и взвеси эмболов (7–10) размером 3 мм выполнены 5 пациентам, у 2-х из них с эмболизацией ЛЖА. Отдаленные результаты с оценкой параметров портальной гемодинамики прослеживали с интервалом в 3 месяца в сроки до 27 месяцев.

Результаты и обсуждение. Кровотечения из ВРВ пищевода или желудка (1–7 эпизодов) были у 12 больных, асцит – у 11. Методы эндоскопической

терапии ВРВ перенесли 6 пациентов. ППБ возник при панкреатобилиарной патологии (8), тромбоз и кавернозная трансформация после катетеризации пупочной вены в постнатальном периоде (2), хроническом миелофиброзе и спленомегалии (3), после резекции кишки при болезни Крона (1), причина не установлена (2). У 4-х пациентов ППД выявлен случайно. При ДС у всех пациентов были выявлены признаки гипердинамического портального кровотока (ГДПК) с 5–6 кратным превышением объемной скорости кровотока по СА (0,8–3,9 л/мин) и СВ (0,9–3,6 л/мин), увеличением диаметра СВ (6,2–9,9 мм), ВВ (12–15 мм), ВБВ (8–14 мм), ЛЖВ (6–11 мм). Диаметр СА был 4,5–7,0 мм. Градиент давления в СВ варьировал в пределах от 0,3 до 1,0 мм рт. ст., в СА – от 4 до 15 мм рт. ст. со снижением его в СПА до 1,0–2,0 мм рт. ст. Наблюдали случаи реверсивного кровотока в ВБВ и НБВ, ЛЖВ. После РЭХВ происходила редукция ГДПК в динамике со снижением средних показателей линейного и объемного кровотоков в СА с $91,6 \pm 21,4$ см/с и $1,47 \pm 0,58$ л/мин. до $45,7 \pm 16,2$ см/с и $0,55 \pm 0,44$ л/мин., а в СВ – с $32,2 \pm 19,4$ см/с и $0,89 \pm 0,151$ л/мин. до $19,2 \pm 4,3$ см/с и $0,31 \pm 0,09$ л/мин. ($p < 0,001$), уменьшением объема селезенки с $580,0$ см³ до $302,0$ см³ и диаметра СА. Диагноз ПГ был снят через 2 года после РЭХВ у 2 больных.

Заключение. Применение РЭХВ эффективно и безопасно для редукции ГДПК у больных с ПГ при ППБ за счет снижения артериального притока по ветвям чревного ствола.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день подходы к лечению кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка различны. Большинство авторов сообщают об эффективности эндоскопических методов остановки и профилактики кровотечения из ВРВ пищевода и желудка у больных внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ).

Цель исследования: оптимизировать подходы к эндоскопическим вмешательствам при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка у больных с ВПГ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у 23 пациентов с ВПГ. Возраст пациентов был в пределах от 15 до 37 лет. Диагноз подтверждали клинико-лабораторными данными и ультразвуковым исследованием с дуплексным сканированием портальной вены и ее притоков. Пациентам выполняли эндоскопические и хирургические вмешательства на высоте кровотечения. При выполнении эндоскопической склеротерапии

использовали стандартный метод паравазальной и интравальной техники с использованием 3% раствора полидоканала. Операция Пацiorы произведена в 3 (13 %) случаях.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов эндоскопической диагностики у 17 пациентов установлено наличие ВРВ пищевода, ВРВ пищевода и желудка – у 5, и ВРВ желудка – в 1 случае. Активное кровотечение отмечали в 19 (82,6 %) случаях. При оценке степени ВРВ пищевода и желудка использовали классификацию N. Soehendra (1997). При этом во всех случаях выявляли ВРВ II–III степени. Экстренная эндоскопическая склеротерапия на высоте кровотечения произведена в 15 (65,2 %) случаях, с последующими сеансами повторной склеротерапии. Эндоскопическая склеротерапия произведена в экстренно-отсроченном порядке после стабилизации состояния больных в 7 (30,4 %) случаях. При кровотечении из изолированных ВРВ желудка, в 1 случае, экстренно выполнена операция

Пациоры. Из 22 случаев кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных ВПГ, методы эндоскопической остановки кровотечения оказались эффективным у 20 (90,9 %) больных. В последующем всем пациентам потребовалось проведение вторичной профилактики кровотечений эндоскопическими методами. Стойкая и длительная эрадикация достигнута у 17 (85 %) пациентов. Рецидив варикозного расширения вен в сроки от 1 до 2 лет возник у 3 (15 %) больных. В раннем периоде после склеротерапии рецидив кровотечения возник у 4 (18,1 %) пациентов, 2 из них выполнено операция Пациоры, у остальных повторные эндоскопические методы остановки кровотечений оказались эффективны. Осложнения эндоскопического метода в виде об-

разования язв отмечены у 3 больных. Летальных исходов после эндоскопических и оперативных методов лечения не отмечено.

Заключение. Эндоскопическая остановка и профилактика кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных с ВПГ была эффективна в 90,9 % случаев. Повторные сеансы и динамическое эндоскопическое наблюдение позволяет своевременно выполнить профилактику кровотечения из ВРВ пищевода и желудка и добиться эрадикации на длительное время. Своевременное выполнение разобщающих операций, при рецидивах кровотечения из ВРВ пищевода и желудка после склеротерапии, позволяют улучшить результаты лечения больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка при ВПГ.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Холматов П.К., Каюмов А.А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: провести анализ результатов лечения больных циррозом печени (ЦП), осложненным портальной гипертензией и кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2011 гг. пролечено 23 пациента ЦП осложненным кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 16 (69,6 %), женщин – 7 (30,4 %). Средний возраст был $52,5 \pm 17,6$ года. В анамнезе вирусный гепатит был у 15 пациентов, алкогольный гепатит – у 7, криптогенный – у 1.

В группу с гепатитом В по Child-Pugh включены 18 пациентов, в группу С – 5 больных. Для диагностики кровотечения из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка всем больным выполнена экстренная ЭФГДС. ВРВ II степени по А.Г. Шерцингеру выявлено у 7 пациентов, III степени – у 16 пациентов. После проведения ЭФГДС устанавливали зонд обтуратор Блекмора-Сенгстакина на 4–72 часа. Проводили коррекции коагулопатии, инфузионно-трансфузионную, антибактериальную терапию. Вводили препараты снижающих портальную гипертензию и ингибиторы протеаз. После стабилизации состояния больным выполняли УЗИ органов брюшной полости с дуплексным сканированием (ДС) сосудов печени и селезенки, видео-лапароскопию, биопсию печени.

Результаты. При проведении УЗИ с ДС органов брюшной полости выявлено: увеличение размеров печени, неровность контуров, расширение в диаметре воротной вены до 16–18 мм, спленомегалия, свободная жидкость в брюшной полости; объемный кровоток по воротной вене в среднем составил $288 \pm 21,6$ мл/мин. Полученные результаты морфо-

логического исследования подтверждали наличие цирроза печени с умеренной или высокой степенью активности.

После установки зонда Блекмора – Сенгстакина и проведения консервативной терапии у 17 (73,91 %) пациентов достигнут временный гемостаз. По поводу продолжающегося кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка прооперировано 6 (26,1 %) больных в течение первых 4–6 часов от момента поступления в клинику им выполнена операция по методу М.Д. Пациоры.

Для профилактики повторного кровотечения эндоскопическая склерооблитерация 0,5-1 % раствором этоксисклерола ВРВ пищевода III степени произведена 7 пациентам с хорошим результатом. Видеолапароскопия и ликвидация напряженного асцита выполнены 4 больным. Отмечено 3 (13,0 %) летальных исхода: 1 больной группы С – в первые 40 мин. от момента поступления от профузного кровотечения из ВРВ пищевода; 2 больных группы С – от прогрессирования печеночной недостаточности, энцефалопатии.

Заключение. Применением зонда обтуратора Блекмора – Сенгстакина достигается лишь временный гемостаз с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. При продолжающемся кровотечении в первые часы показано экстренное прошивание ВРВ с целью выполнения окончательного гемостаза, профилактики печеночной недостаточности и снижения риска летального исхода. Эндоскопическая склерооблитерация 0,5-1% раствором этоксисклерола ВРВ пищевода является эффективным способом лечения для профилактики пищеводных кровотечений при циррозе печени.

**ПАРЦІАЛЬНЕ ПОРТОКАВАЛЬНЕ ШУНТИРОВАНИЕ
У БОЛЬНИХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Усманов Н.У.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: анализ результатов парциального портокавального шунтирования (ПКШ) у больных с циррозом печени.

Материалы и методы. В плановом порядке хирургическому лечению подвергнуты 118 пациентов с внутрипеченочной формой портальной гипертензии (ПГ) на фоне цирроза печени. Женщин было 21 (17,8 %), мужчин – 97 (82,2 %). Средний возраст составил $58,5 \pm 17,2$ года.

В диагностической программе использовали следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием портопеченочной гемодинамики, видеолaparоскопию, МРТ, КТ, биопсию печени, при необходимости – мезентерико-спленопортографию.

Состояние больных оценивали по прогностическим критериям Child-Pugh: в класс А вошли 68 пациентов, в классе В – 17 и в С – 33. При ЭФГДС варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) I-II степени установлено у 79 % больных, III-IV степени – у 21 %. При проведении дуплексного сканирования объемный кровоток по воротной вене в среднем составил $292 \pm 21,4$ мл/мин. Полученные результаты морфологического исследования подтверждали наличие цирроза печени.

Эпизод одного кровотечения из ВРВП в анамнезе отмечен у 86 % больных, 2 и более – у 14 %.

Выполнены следующие оперативные вмешательства: в классе А – спленоренальные анастомозы (68); в классе В (42) – портокавальные анастомозы в 3 вариантах (конец-в-бок, бок-в-бок, Н-типа с аутовенозным трансплантантом из внутренней яремной вены большой подкожной веной бедра, а также использованием армированного протеза Core-Tex (< 10 мм); в классе С (8) операция деваскуляризация Hassab-Suqiura и операция М.Д. Пациора (прошивание вен пищевода).

Результаты. Среди больных класса А умерло 2 (2,94 %) пациента, класса В – 6 (35,3 %), класса С – 14 (42,4 %). Рецидив кровотечения из ВРВП пищевода наблюдали у 1 (1,4 %), 3 (17,6 %) и 8 (24,2 %) соответственно классам.

Кровотечение было остановлено при помощи эндоскопической склерооблитерации 1 % этокси-склеролом. Энцефалопатия развилась у 2 (11,8 %) больных классах В и 12 (36,3 %) – класса С. Больных наблюдали в течении 5 лет. Пятилетняя выживаемость составила 92 % в классе А, в классе В – 41 %.

Заключение. Результаты выполненных шунтирующих операций при лечении цирроза печени на фоне компенсированной и субкомпенсированных стадиях хорошие и удовлетворительные. При декомпенсированном циррозе необходимо выполнение операции на разъединение, склерооблитерация.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И РАКА
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Бойко И.К.

*ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия*

Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования в режиме дуплексного сканирования (ДС) в дифференциальной диагностике рака ПЖ и хронического панкреатита.

Материалы и методы. Изучены результаты дооперационного ДС сосудов порто-мезентериального бассейна у 136 пациентов, у которых гистологическое исследование биоптатов и операционного материала позволило установить диагноз хронического панкреатита ($n = 48$) и протоковой аденокарциномы ($n = 88$). Верификацию изменений структуры поджелудочной железы проводили по данным компьютерной томографии и послеоперационного морфологического исследования. Причинно-следственные связи между структурными и функциональными нарушениями

изучены методом многофакторного регрессионного анализа.

Результаты. При ДС мезентериальной гемодинамики наиболее значимыми показателями оказались пульсационный индекс верхней брыжеечной артерии, ее индекс резистентности и объемный кровоток. Сопоставление показателей спектра доплеровского сдвига частот и данных морфологического исследования позволило определить, что повышение периферического брыжеечного сопротивления происходит вследствие увеличения степени панкреатической внутриэпителиальной неоплазии и выраженности фиброза паренхимы поджелудочной железы. При раке поджелудочной железы прогрессия панкреатической внутриэпителиальной неоплазии определяет выраженность

фіброзних змін. Об'ємний кровоток по верхній брыжеечної артерії при раці піджелудочної залози визначається не станом периферического брыжеечногo спротивлення, а вираженностю фіброза піджелудочної залози, внаслідок чого значительно змінюються значення пульсаціонного індекса верхньої брыжеечної артерії. Підвищення пульсаціонного індекса верхньої брыжеечної артерії при фіброзному зміні піджелудочної залози на фоні аденокарциноми відображає порушення регуляції судинного тону мезентеріального басейна за рахунок незалежного від збільшення периферического спротивлення зменшення артеріального притока. При раці ПЖ значення пульсаціонного індекса верхньої брыжеечної артерії склали 4,3 (3,0–5,9), при ХП – 3,2 (2,6–4,6) ($p = 0,05$). На основі логістическої регресії значення пульсаціонного індекса більш

3,2 встановлено критерієм раці піджелудочної залози. Точність критерію склали 78 %. Представлені механізми зміни судинного тону мезентеріального басейна пояснюють значимо більш високі показателі пульсаціонного індекса при раці піджелудочної залози в порівнянні з хроніческим панкреатитом. При наявності раці піджелудочної залози з вираженими десмопластическими властивостями, які ускладнюють дифференціальну діагностику методом комп'ютерної томографії, показателю є додатковим дифференціальним-діагностическим критерієм.

Висновки. Особливості регуляції судинного тону мезентеріального басейна дозволяють використовувати доплерографіческі показателі пульсаціонного індекса ВБА як додатковий дифференціальний-діагностический критерій раці ПЖ.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ПОРТАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЇ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Чикотеев С.П., Бойко И.К., Ильичева Е.А., Грядасова Л.Н.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
 ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия

Цель исследования: изучение возможностей ультразвукового дуплексного сканирования и портальной сцинтиграфии в диагностике синдрома внепеченочной портальной гипертензии (СВПГ) и оценке функционального состояния портального кровообращения при новообразованиях поджелудочной железы (ПЖ) и хроническом панкреатите (ХП).

Материалы и методы. Проведено исследование гемодинамики у 199 пациентов с ХП и раком поджелудочной железы. Больные обследованы с помощью ультразвукового исследования в режиме дуплексного сканирования (ДС) и портальной сцинтиграфии (ПСГ) с ректальным введением Technetium-99mPertechnetate. Референсным методом явилась интраоперационная прямая портоманометрия. Анализ результатов представлен методами вариационной и непараметрической статистики с использованием многофакторного нелинейного анализа.

Результаты. Формирование коллатерального оттока из бассейна селезеночной и верхней брыжеечной вен при новообразованиях ПЖ и ХП определяется развитием внепеченочной портальной гипертензии вследствие увеличения размеров головки и тела поджелудочной железы. При дуплексном сканировании коллатерали визуализировали при шунтовом индексе 29 % (12–71 %) ($n = 44$), не выявляли коллатерального кровотока – при индексе 14 % (12–27 %) ($n = 52$), p (МаннаУитни) = 0,02. Визуализация коллатерального кровотока при дуплексном сканировании соответствует увели-

чению степени портосистемного шунтирования, установленной методом ПСГ и сопровождается увеличением диаметра верхней брыжеечной вены и повышением доплеровского перфузионного индекса, что укладывается в известные механизмы развития СВПГ. Безопасность прекращения магистрального кровотока по воротной вене определялась интраоперационно по данным портоманометрии. Градиент портального давления в условиях радикального хирургического лечения более 200 мм вод. ст. после сдавления воротной вены считали проявлением слабого развития коллатерального кровотока, не позволяющим выполнять сосудистый этап без обходного венозного шунтирования. Градиент портального давления, отражающий функциональное состояние коллатерального кровотока, имел тесную линейную зависимость от коэффициента портосистемного шунтирования ($R = 0,46$; $RI = 0,21$ ($p < 0,03$)). В соответствии с полученной регрессией, повышение индекса портосистемного шунтирования более 0,45 ($HL > 0,45$) считали установленным критерием портальной гипертензии при рассматриваемой патологии. Критерием достаточного развития коллатералей для безопасного прекращения портального оттока установлено значение шунтового коэффициента $HL > 0,37$. Установленная зависимость позволяет неинвазивным методом до операции прогнозировать градиент портального давления при прекращении магистрального кровотока по воротной и верхней брыжеечной венам. Медиана прогнозируемого градиента портального давления

при прекращении магистрального портального оттока составила 265 мм вод. ст. (198–290 мм вод. ст.) ($n = 131$). Прогнозируемый градиент портального давления более 200 мм вод. ст. был у 96 больных, что составило 48,2 %, при прямом измерении портального давления на операции у 11 из 20, что составило 55 %. Таким образом, при новообразованиях ПЖ и ХП не развивается функционально значимого коллатерального венозного оттока, способного компенсировать градиент порталь-

ного давления при прекращении магистрального венозного кровотока в пределах физиологических значений в 73 % наблюдений.

Выводы. ДС и ПСГ являются объективными методами неинвазивного изучения портальной гемодинамики, которые позволяют получить качественную и количественную оценку развития коллатерального венозного оттока из мезентериального бассейна и величины портального давления.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Цава Д.Б., Белов Д.Ю.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Последние годы отмечено увеличение числа больных с портальной гипертензией как за счет группы пациентов с циррозами печени (ЦП), так и с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). Неуклонно растет выявляемость тромбофилии и хронических миелопролиферативных заболеваний крови, приводящих к тромбозу сосудов портальной системы и формированию так называемой вторичной ВПГ.

Основным методом диагностики варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Проанализированы результаты ЭГДС у 440 пациентов с портальной гипертензией. Были выявлены определенные различия в эндоскопической картине в зависимости от формы портальной гипертензии. Это касается в основном локализации и распространенности варикозных вен.

Для больных с ЦП во всех наблюдениях в пищеводе зарегистрировано поражение исключительно нижней и средней трети. При внепеченочной форме портальной гипертензии отмечена бо́льшая распространенность варикоза. У больных этой группы в 24,7 % случаев варикозно расширенные вены начинали определяться с верхней трети пищевода, со средней трети – в 75,3 % случаев.

Такая же тенденция отмечена и в желудке. По классификации ВРВ желудка по S.K. Sarin (2000) наличие гастроэзофагеальных ВРВ I типа у пациентов с ЦП выявлено в 72 % случаев, а варикозных вен II типа – в 28 % случаев. При ВПГ ни в одном случае не отмечено наличие гастроэзофагеальных вен I типа. Более того, гастроэзофагеальные варикозные вены II типа в 62,5 % случаев выходили за пределы

кардии на субкардиальный и фундальный отделы желудка.

Среди малоинвазивных методик лечения ВРВ пищевода и желудка наиболее распространенной по данным мировой литературы и собственному опыту является эндоскопическое лигирование. Результаты эндоскопического лигирования больных с вне- и внутрипеченочной формами портальной гипертензии так же имели различия.

В ближайшем периоде наблюдения в группе больных с ВПГ отмечено меньшее число осложнений и уровень летальности, по сравнению с пациентами с ЦП. Рецидивы кровотечений после лигирования ВРВ возникали в 4,2 % случаев в группе больных с ВПГ и в 18,4 % наблюдений у пациентов с ЦП. Летальности в ближайшем периоде в группе больных с ВПГ не отмечено, в то время как среди пациентов с циррозами она составила 4,6 %. Подобная разница, на наш взгляд, закономерна и обусловлена более тяжелым исходным состоянием пациентов с ЦП, гемодинамическими расстройствами, нарушениями трофики тканей на фоне белково-энергетической недостаточности.

В отдаленном периоде у пациентов с ЦП отмечен рецидив венообразования в пищеводе – в 37 % случаев, против 25,5 % в группе больных с ВПГ. Что касается ВРВ желудка, то по этому показателю имеется обратная зависимость. Рецидив венообразования в желудке чаще выявлялся у больных с ВПГ.

Полученные результаты обусловлены различиями в формировании коллатерального венозного кровообращения пациентов с ЦП и ВПГ, они позволяют рекомендовать более активную хирургическую тактику при выявлении варикозно расширенных вен желудка у больных с ВПГ.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Шерцингер А.Г.¹, Киценко Е.А.¹, Лукина Е.А.², Любимый Е.Д.¹, Сысоева Е.П.², Дмитренко Е.В.², Фандеев Е.Е.¹

¹ ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

² ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) – наиболее частый системный фактор риска тромбоза воротной вены и развития внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ). Заболевания системы крови являются не только инициаторами тромбоза, но и влияют на динамику и особенности течения патологического процесса.

Цель исследования: разработка тактики хирурга при лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка у больных ХМПЗ.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 гг. в клинике наблюдали 89 пациентов с заболеванием системы крови и ВПГ, 48 (53,9 %) из них ранее получали цитостатическую терапию для лечения ХМПЗ. Диагноз установлен впервые 41 пациенту. Пищеводно-желудочные кровотечения или эндоскопические признаки угрозы их возникновения были у 67 и 22 больных соответственно. Особенностью ВРВ у этих пациентов являлась их распространенность на пищевод, кардию и дно желудка, что лимитировало эндоскопическое лечение.

Результаты. Показанием к плановой операции (56 пациентов) явились рецидивы пищеводно-желудочных кровотечений или угроза их возникновения. Виды выполненных оперативных вмешательств: портокавальное шунтирование (ПКШ) – 6 больных; прошивание ВРВ пищевода и желудка: 46 больных (в том числе в сочетании со спленэктомией – 7, с ПКШ – 3); изолированная спленэктомия в связи с

сегментарной ВПГ выполнена 4 больным. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода произведено 15 пациентам. Послеоперационной летальности при плановых операциях не было. По срочным показаниям (16 больных) выполняли прошивание ВРВ пищевода и желудка. В послеоперационном периоде умерло 2 (12,5 %) пациента вследствие развития геморрагического шока и ДВС-синдрома.

В отдаленном периоде (от 1 до 10 лет) умерло 10 (11,2 %) больных (от прогрессирования ХМПЗ – 7, от кровотечения – 2, от острой сердечнососудистой недостаточности – 1). В настоящее время живы 77 (88,5 %) больных. Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (28,6 %) больных. Наличие у больных по данным ЭГДС ВРВ III степени в желудке через 3–6 месяцев после операции явилось показанием к повторному вмешательству (4 пациента). При наличии ВРВ III степени в пищеводе производили эндоскопическое лигирование (12 пациентов). После повторных вмешательств рецидивов кровотечений не было.

Заключение. Выполнение хирургического вмешательства больным с ВПГ и ХМПЗ, по возможности, должно выполняться в плановом порядке после проведения специфической терапии (цитостатической, антикоагулянтной (АКТ)). Данные пациенты требуют длительной, а иногда пожизненной АКТ в послеоперационном периоде. Последняя не увеличивает частоту кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. Лечение должно осуществляться совместно с гематологами.

ФОРМИРОВАНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ

Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Любимый Е.Д., Фандеев Е.Е.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Цель исследования: выявление частоты наследственных тромбофилий (ТФ) у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) вследствие тромбоза воротной вены (ТВВ) и разработка тактики лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и лечения 105 пациентов с ТВВ, находившихся в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии в период с 2006 по 2012 гг. В качестве дополнительного обследования изучали полиморфизм генов системы свертывания крови

для определения наличия ТФ. Заболевание системы крови у данных больных было исключено по результату трепанобиопсии подвздошной кости. Обследовали 60 (57,1 %) мужчин и 45 (42,9 %) женщин в возрасте от 16 до 74 лет (медиана возраста – 45,2 года). Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка в анамнезе были у 80 пациентов, причем, более одного эпизода – у 61. У 25 больных кровотечений не было, но, по данным эндоскопии, отмечена угроза его возникновения, что явилось показанием к оперативному и/или эндоскопическому лечению.

Результаты. У всех больных выявлены различные формы ТФ в виде комбинаций полиморфизмов

генов системы свертывания крови. Причем, у 80 (76,1 %) пациентов присутствовала комбинация одновременно 4 и более (до 9) мутаций. Наиболее частые из них – 58 (55,2 %) – в генах ингибитора активатора плазминогена, тромбозитарного гликопротеина 1В – 27 (25,7 %), метилентетрагидрофолатредуктазы и фибриногена – по 46 (43,8 %) и 24 (22,8 %) соответственно. Относительно редко выявлялся полиморфизм в гене коагуляционного фактора VII – 11 (10,5 %), а также гетерозиготные мутации генов фактора V (Leiden) и протромбина – 5 (4,7 %) и 6 (5,7 %) соответственно. Выявление тромбофилии, как фактора тромбоза, позволило своевременно начать адекватную антикоагулянтную терапию, что в послеоперационном периоде предупредило возникновение рецидива тромбоза в системе портальных сосудов. Оперировано 88 (83,8 %) пациентов: портокавальное шунтирование (ПКШ) выполнено 24 (27,4 %) пациентам; гастротомия с прошиванием ВРВ пищевода и желудка – 64 (72,6 %) (из них в сочетании

со спленэктомией – 18). Эндоскопическое лигирование выполнено 17 (16,2 %) больным. Невозможность выполнения ПКШ была обусловлена тем фактом, что у большинства пациентов наблюдали тотальный тромбоз сосудов портальной системы. В то же время, часто встречающееся у них распространение ВРВ на кардию, тело и дно желудка, а также их большой диаметр (> 1,5 см), ограничило применение эндоскопического лечения. Послеоперационной летальности не отмечено. В отдаленном периоде (от 1 до 5 лет) рецидивы кровотечений отмечены у 8 (7,6 %) больных, что потребовало дополнительного эндоскопического лечения (лигирование, склеротерапия).

Заключение. Наличие тромбофилии является одним из ведущих факторов ТВВ и ВПГ. Ее обнаружение позволяет назначать таким больным патогенетически обоснованную антикоагулянтную терапию, с целью профилактики тромбоза, а также в ближайшем и отдаленном периодах после хирургического вмешательства.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Яковлева Е.В. ¹, Лукина Е.А. ¹, Киценко Е.А. ², Васильев С.А. ¹, Левина А.А. ¹

¹ ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

² ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Больные с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), обусловленной тромбозами сосудов портальной системы, характеризуются высоким риском повторных тромботических случаев, как в сосудах портальной системы, так и в сосудах иной локализации. На сегодняшний день связь антифосфолипидных антител с тромбозами доказана. Однако в литературе имеются малочисленные данные о распространенности антифосфолипидного синдрома (АФС) и роли антифосфолипидных антител у больных с ВПГ.

Цель исследования: оценить роль антифосфолипидных антител в патологии гемостаза у больных с ВПГ.

Материалы и методы. Группу исследования составили 59 больных, заболевание которых началось с признаков ВПГ. Диагноз «внепеченочная портальная гипертензия, обусловленная тромбозами сосудов портальной системы» подтвержден дуплексным сканированием сосудов брюшной полости. Лабораторная диагностика АФС включала выявление волчаночного антикоагулянта (ВА) в коагуляционных тестах и определение концентрации антител к β₂-гликопротеину 1 суммарные (β₂-ГП1), к фосфатидилинозитолу (IgM/IgG) и к фосфатидилсерину (IgM/IgG) методом ELISA. Маркеры активации эндотелия (эндотелин 1, тромбомодулин) определяли методом ИФА.

Результаты. ВА выявлен в крови 33 (56 %) больных, ВА не обнаружен у 26 (44 %) больных. У

больных без ВА показатели концентрации антител к фосфолипидам класса G и β₂-ГП1 достоверно превышали соответствующие показатели у больных без ВА в крови. У больных ВПГ с ВА концентрации антител к фосфолипидам и β₂-ГП1 были в пределах нормальных значений или минимально превышали норму. У больных без ВА выявлены достоверно более низкая концентрация тромбомодулина и более высокая концентрация эндотелина 1. Специальный статистический анализ показал, что коэффициент φ связи для таблицы сопряженности в подгруппах больных с ВА и без ВА является значимым (> 0,3) для концентрации антител классов IgG, IgM к фосфатидилсерину и фосфатидилинозитолу.

Заключение. Частота АФС с циркулирующим ВА у больных ВПГ составляет 56 %. У больных без ВА выявлены высокие концентрации антител к фосфатидилинозитолу и фосфатидилсерину класса G, которые не обладают свойствами волчаночного антикоагулянта, но ассоциируются со сниженной концентрацией в сыворотке тромбомодулина и повышенным содержанием эндотелина 1. Полученные результаты позволили предположить, что антитела к фосфатидилинозитолу и фосфатидилсерину (класса G) взаимодействуют с эндотелиальными клетками и активируют их прокоагулянтные и вазоконстрикторные эффекты.

ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ

Агапов В.К., Цвиркун В.В., Александров Б.А.

ФГБУЗ Клиническая больница № 119 ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: оценить осложнения послеоперационного периода после открытых и лапароскопических резекций различного объема с использованием современных методов диссекции печеночной паренхимы и обработки раневой поверхности печени; изучить осложнения комбинированных методов лечения опухолей печени.

Материалы и методы. Изучены осложнения хирургического и комбинированного лечения у 101 больного с доброкачественными и злокачественными очаговыми заболеваниями печени первичной и метастатической природы.

Выполнены 85 резекций печени (обширных – 7 и экономных – 78) у 74 пациентов, лапароскопическим способом выполнены 14 операций (из них 1 обширная).

Радиочастотная абляция (РЧА) метастатических узлов произведена 18 пациентам, РЧА сопровождала резекцию печени у 11 из них. Размер узлов не превышал 3 см, количество – от 1 до 10.

Регионарная внутриартериальная химиотерапия проведена 15 пациентам с метастатическим колоректальным раком (всего – 36 курсов). Химиоинфузию печеночной артерии сочетали с химиоэмболизацией в 31 случае.

Техническое обеспечение операций включало аппаратуру для моно- и биполярной электрокоагуляции (в том числе электрохирургический блок LigaSure, аргонусиленный коагулятор Valleylab), гармонический скальпель Ultracision, ультразвуковой диссектор Sonosа. В качестве расходных материалов использовали клипаторы, нити на атравматических иглах, гемостатические пластины Тахокомб и Серджисел и др. При массивной кровопотере применяли аппарат для реинфузии крови Cell-saver. РЧА выполняли с помощью аппарата «Фотек» в режиме моно- и биполярной коагуляции.

Результаты. Осложнения обширных резекций печени отмечены у 4-х (57,1%), экономных резекций – у 15 (19,2%) пациентов. В первой группе пре-

валировали печеночная недостаточность и перитонит – по 2 (28,6%) случая. Во второй группе спектр осложнений был более широким. Зафиксированы как «хирургические», так и «нехирургические» осложнения. Послеоперационный период осложнился развитием внутрибрюшного кровотечения у 3-х (3,8%) больных, формированием биломы и желчеистечения по дренажу – у 4-х (5,1%). Отмечено по 2 (2,6%) случая печеночной недостаточности и пневмонии, по 1 (1,3%) – острый панкреатит, стриктура холедоха, острое нарушение мозгового кровообращения и флеботромбоз.

После резекции печени отмечено 4,7% (4 случая) летальных исходов. Причинами летального исхода были печеночная, а также прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне массивного опухолевого поражения.

Лапароскопические резекции печени осложнились у 1 (7,1%) больной, что оказалось достоверно ниже, чем в общей группе.

Осложнений у больных, перенесших РЧА, получено не было.

Осложнения регионарной химиотерапии отмечены после 5 (13,9%) вмешательств. Как правило, это была гипертермия (4 – 11,1%), купировавшаяся после прекращения лечения, и лишь в 1 (2,8%) случае – лейкопения.

Заключение. Современные методы диссекции печеночной паренхимы и обработки раневой поверхности печени позволяют добиться достаточно низкого уровня «хирургических» послеоперационных осложнений.

Эндовидеохирургические методы резекции печени при адекватном отборе больных являются безопасными, однако для их объективной оценки требуется дальнейшее накопление материала.

Использование РЧА и регионарной химиотерапии является эффективным и безопасным компонентом комбинированного лечения больных с метастатическим колоректальным раком и могут быть использованы как изолированный метод лечения.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
ПЕЧЕНОЧНО-ЛЕГОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА**

Андон Е., Андон Л., Бужор П., Павлюк Г.

Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Введение. Послеоперационные осложнения печеночно-легочного эхинококкоза составляют 15–30 % случаев (Помелов В.С. с соавт., 1992; Kabiri E.H., 2001; Kilani T., 2001).

Цель исследования: изучение ранних послеоперационных осложнений у больных с печеночно-легочным эхинококкозом в зависимости от анатомо-клинической формы заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы послеоперационные осложнения у 78 больных в возрасте 18–70 лет в зависимости от анатомо-клинической формы осложнения. Мужчин – 46 (59 %), женщин – 32 (41 %). Эхинококк печени и легких наблюдали у 41 (52,6 %) больного, печени с прорывом в бронх – у 19 (24,4 %), в плевральную полость – у 18 (23,0 %) больных. Диагностика включала клиническое обследование, рентгенологический метод, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, пункцию плевральной полости и поддиафрагмального пространства.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли в 28 (35,9 %) случаях, из них с прорывом

эхинококка печени в бронх – в 14 (50 %), в плевральную полость – в 9 (32,1 %) и при сочетанных формах – в 5 (17,9 %). Самым частым осложнением местного характера было нагноение раны – у 9 (32,1 %) больных, нагноение остаточной полости выявлено у 4-х (14,3 %) больных, желчеистечение из ложа кисты до 400–600 мл в сутки – у 4-х (14,3 %) и кровотечение из раны печени – в 2-х (7,1 %) случаях. Осложнения общего характера в виде печеночно-почечной недостаточности имели место в 9 (11,5 %) случаях, чаще всего у больных с длительной эхинококковой интоксикацией.

Лечение послеоперационных осложнений общего характера состояло из антибактериальной, дезинтоксикационной терапии, десенсибилизирующих средств и симптоматическими препаратами. Местное лечение проводили в зависимости от эволюции воспалительного процесса в послеоперационной ране.

Послеоперационная летальность от печеночно-почечной недостаточности и септических осложнений составила 9,0 % (7 больных).

**ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Анисимова О.В., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Хоробрых Т.В., Кондрашин С.А.

Кафедра Факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Основной постулат в лечении инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы – хирургическое вмешательство является единственным радикальным методом. Операцией выбора при инсулиномах считается ее энуклеация, однако, нередко приходится прибегать к резекционным методам лечения. Непосредственные результаты хирургического лечения этих опухолей значительно хуже, чем при хроническом панкреатите и раке поджелудочной железы. В мировой литературе приводится довольно высокая частота, как послеоперационных осложнений, так и летальности, которые составляют 15–40 % и 0,5–25 % соответственно.

Материалы и методы. Клиника факультетской хирургии (КФХ) им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова обладает опытом лечения 250 больных с инсулинпродуцирующими опухолями поджелудочной железы, которые были оперированы в период с 1983 по 2011 г. В головке поджелудочной железы опухоль располагалась у 42 %, в теле – 30 %, в хвосте – 28 % пациентов. Злокачественные

инсулиномы составили 16 %. Множественное поражение поджелудочной железы было выявлено у 13 (5,2 %) пациентов (всего 30 опухолей). Всем больным до оперативного вмешательства проводили комплексное обследование. Топический диагноз до операции был установлен у 65 % больных. С 1993 года в диагностический алгоритм в обязательном порядке включено сочетанное ангиографическое и интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ). Применение последних позволило увеличить точность диагностики до 94 %. Все пациенты были оперированы. Наиболее часто выполняли энуклеацию инсулиномы (56,5 %). Резекционные вмешательства были произведены в 40 % наблюдений. Начиная с 1998 года лечебная тактика с момента операции аналогична таковой у больных с острым деструктивным панкреатитом. До 2002 года в послеоперационном периоде в обязательном порядке применяли цитостатики, а в дальнейшем – аналоги соматостатина (октреотид, сандостатин).

Результаты. Послеоперационные осложнения были выявлены у 32,5 % больных. За время работы

снизить частоту послеоперационных осложнений с 40 до 25 % позволили: точная топическая до-операционная диагностика, использование ИОУЗИ, прецизионная техника выполнения операций, обработка раневой поверхности поджелудочной железы фибриновым клеем, а также ведение пациентов в послеоперационном периоде как больных острым деструктивным панкреатитом с обязательным применением аналогов соматостатина и проведение тщательной коррекции уровня глюкозы крови. При этом послеоперационная летальность уменьшилась с 7,7 до 2,7 %. К увеличению частоты послеоперационных осложнений в 2,5 раза приво-

дили избыточная масса тела пациента, отсутствие дооперационного топического диагноза, расположение опухоли в глубине ткани поджелудочной железы, а также некорректируемая гипергликемия в ближайшем послеоперационном периоде.

Заключение. Комплексный подход к до-, интра- и послеоперационному ведению больных инсулинпродуцирующими опухолями поджелудочной железы, с учетом как положительных, так и негативных факторов течения послеоперационного периода, приводит к снижению частоты осложнений и летальности и, как следствие, к улучшению непосредственных результатов лечения.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Магзумов И.Х., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острый холангит является наиболее частым и тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний гепатобилиарной зоны. Несмотря на современные достижения техники хирургического лечения, направленной на обеспечение адекватного пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, результаты лечения оставляют желать лучшего. Учитывая тот факт, что пусковым механизмом в развитии острого холангита является нарушение оттока желчи, то клиническая картина чаще всего зависит от вида бактериальной флоры.

Материалы и методы. Проанализированы результаты бактериологических исследований у 44 больных механической желтухой, осложненной гнойным холангитом. Причинами нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК) явились посттравматические стриктуры гепатикохоледоха. Все больные были подвергнуты лабораторным и инструментальным методам исследования. Поле выявления причины осложнения больным I этапом выполняли чрескожную чреспеченочную холангиографию с чрескожной чреспеченочной холангиостомией.

Результаты. Ассоциация аэробов и анаэробов выявлена в 68,2 %, отдельно анаэробы – в 15,9 % и аэробы – в 15,9 % случаях. Анаэробы были представлены бактероидами (50 %), фузобактериями (25 %) и другими (9,1 %). Из факультативных аэробов наиболее часто выявляли кишечную палочку (31,8 %),

стафилококки (15,9 %), стрептококки (15,9 %), синегнойную палочку (11,4 %) и другие (6,8 %). При последующем сравнении полученных данных с клинической картиной выявлено, что при тяжелом течении заболевания с наиболее выраженными признаками гнойной интоксикации в большинстве наблюдений возбудителями инфекции были ассоциации *E. Coli* и облигатного анаэроба семейства *Bacteroides*, особенно *B. Fragilis*. Несмотря на высокую обсемененность желчи, клиническая картина характеризуется развитием хронической гнойной интоксикации, которая подрывает иммунную систему и является основным фактором, влияющим на тяжесть состояния больных.

После купирования гнойного холангита вторым этапом 37 (84,1 %) больных подвергли радикальной операции с формированием билиодигестивных анастомозов различной модификации в зависимости от уровня стенозирования, а реканализация протока с поэтапным бужированием проведена 7 (15,9 %) больным.

Заключение. У больных с посттравматическими стриктурами гепатикохоледоха осложненными гнойным холангитом, выявлены ассоциации аэробов и анаэробов (причем в половине случаев анаэробы представлены бактероидами). Учитывая хроническую гнойную интоксикацию и ослабленную иммунную систему, при лечении таких больных оптимальным является двухэтапное лечение.

РОЛЬ И МЕСТО ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Арипова Н.У., Магзумов И.Х., Арипова М.У., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Больные с остаточными полостями после эхинококкэктомии печени, которые

потенциально несут в себе серьезные осложнения, часто подвергаются повторным большим полостным

операціям. Для діагностики і лічення захворювань печінки в сучасній гепатології широко використовують ультразвуковий сканер і комп'ютерний томограф. На сьогоднішній день без УЗІ і КТ неможливо представити роботу хірургів в плані не тільки діагностики, але і лічення захворювань печінки.

Матеріали і методи. В научному центрі хірургії печінки і жовчепровідних шляхів з 2005 по 2011 г. знаходилося 27 хворих з нагноєнням залишкових порожнин після ехінококкэктомії з печінки, вони були в віці від 18 до 62 років, співвідношення чоловіків і жінок складало 1 : 2. З 27 хворих 21 (77,8 %) раніше були оперовані в інших лікувальних закладах по приводу ехінококкоза печінки.

Всім хворим виконали ультразвукове дослідження печінки і, при необхідності, комп'ютерну томографію для вибору доступу для пункції і дренирування.

Після встановлення діагнозу хворим під контролем УЗІ під місцевою анестезією виробляли пункцію иглою Chiba і дренирування порожнини по Сельдінгеру. В післяопераційному періоді залишкову порожнину промивали раство-

рами антисептиків і антибіотиків, при великих розмірах порожнин використовували вакуум аспірацію.

Ультразвуковий контроль розвитку можливих ускладнень виробляли безпосередньо після проведення пункції, при необхідності – повторно в день проведення процедури. При клінічній необхідності пацієнтів залишали під наглядом дежурного медперсоналу, проводили додаткові методи лабораторно-інструментального дослідження. Далішній контроль здійснювали при контрольній явці пацієнтів в стаціонарі.

Результати. При даному методі лічення порожнинних образів печінки залишкові порожнини закривалися в середньому на 30 ± 12 днів без зайвої травми, що дозволяло проводити ранню реабілітацію хворих з мінімальним операційним ризиком.

Висновок. Чрескіжно-чреспеченочні методи лічення залишкових порожнин після ехінококкэктомії з печінки є найбільш оптимальним і економним способом лічення у даній категорії хворих.

РАННІ ПОСЛЕОПЕРАЦІЙНІ ОСЛОЖНЕННЯ В ХІРУРГІЇ ЕХІНОКОККОЗА ПЕЧІНКИ

Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Мирходжаев И.И., Хикматов Ж.С.

Бухарський державний медичний інститут, Бухара, Узбекистан

Найбільш радикальним методом лічення ехінококкоза печінки (ЕП) є хірургічний. Однак в доопераційному і післяопераційному періодах можуть розвинути наступні ускладнення: механічна жовтуха в результаті обструкції елементами паразита біліарного дерева; формування цистобіліарних свищів; холангіт; нагноєння залишкової порожнини; утворення зовнішніх жовчних свищів.

Ціль дослідження: покращити результати лічення хворих з ЕП шляхом застосування ендоскопічної папілосфинктеротомії (ЕПСТ) при обструкції хітиновою оболочкою біліарного дерева.

Матеріали і методи. В клініці факультетської і госпитальної хірургії Бухарського державного медичного інституту в період 2001–2011 г. пролічено 587 хворих з ехінококкозом печінки. З них жінок 348 (59 %), чоловіків – 239 (41 %), вік хворих варіював в межах від 11 до 75 років. Солітарні кисти діагностували у 510 (86,9 %) хворих, множинні – у 77 (13,1 %). Кисти мали різну локалізацію в сегментах печінки, права доля була уражена у 429 (73 %), ліва – у 99 (16,9 %), білобарне ураження виявлено у 59 (10,1 %) хворих. Розміри ехінококкових кист варіювали в межах від 6 до 12,8 см. Полиорганные ураження ехінококковими кистами виявлені у 79 (13,5 %) пацієнтів.

Результати. В доопераційному періоді у 17 (2,9 %) хворих спостерігали клініку механічної жовтухи. При цьому на УЗІ і МРТ, поряд з кистозним утворенням в печінці, виявляли явище холангіозктазії внутріпеченочних жовчних шляхів. При цьому прорив хітинової оболочки паразита в біліарне дерево спостерігали у 11 (64,7 %) хворих, ситуація ускладнилася явищем холангіту у 4-х (23,5 %) хворих і клініку стенозуючого папілітиса мала місце у 2-х (11,8 %) хворих. Цим хворим була виконана ЕПСТ.

Виконані наступні види ехінококкэктомії: ідеальна – 25 (4,2 %) хворим; відкрита – 17 (2,9 %), закрита – 190 (32,4 %), напівзакрита – 355 (60,5 %) хворим.

В післяопераційному періоді в зв'язі з формуванням стійких цистобіліарних свищів у 11 хворих мала місце тривале жовчестече по зовнішньому дренажу (до 400–450 мл жовчі за добу). В цій групі хворих виконана ЕПСТ з видаленням оболонок паразита з дочірніми кистами з загального жовчного протока. В випадках ускладнень холангіту і стенозуючого папілітиса ЕПСТ привела до декомпресії біліарного тракту, спадаючого явища жовтухи, швидшому закриттю цистобіліарних сви-

щей, прекращению желчеистечению по наружному дренажу.

У 3-х больных ЭПСТ заметного клинического эффекта не принесло, стойко сохранился наружный желчный свищ, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств с прецизионным ушиванием цистобилиарных свищей. Нагноение остаточной полости печени наблюдали у 22 (3,5 %) больных, отсутствие длительной редукции остаточной полости – в 41 (7 %) случае.

При эндоскопических и повторных оперативных вмешательствах осложнения привели к летальному исходу у 2-х больных.

Заключение. УЗИ и МРТ являются высокоинформативными методами в диагностике билиарных осложнений ЭП. Традиционный хирургический способ лечения ЭП с тщательной гемо- и билостазом являются залогом успешного лечения. ЭПСТ является эффективным способом адекватного дренирования общего желчного протока при билиарных осложнениях ЭП.

ВАРИАНТНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Акинчиц А.Н., Мандриков В.В.

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

Выбор оптимального способа коррекции интраабдоминальных послеоперационных осложнений является одним из актуальных вопросов в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. В период 2007–2012 гг. в клинике факультетской хирургии ВолГМУ было выполнено 242 операции на печени. Из них эндоваскулярных – 54 % ($n = 131$) и чрезбрюшинных (лапаротомных и малоинвазивных) – 46 % ($n = 111$). Общая частота встречаемости интраабдоминальных послеоперационных осложнений составила 4,5 % ($n = 11$). При этом у 11 пациентов было выполнено 17 повторных инвазивных вмешательств, направленных на их коррекцию.

Результаты. При выборе наиболее рационального подхода лечения придерживались активно-дифференцированной тактики. С целью диагностики и лечения интраабдоминальных осложнений наиболее предпочтительным представляется применение малоинвазивных технологий, которые позволяют сократить время диагностики осложнений, выбрать тактику её коррекции и снизить травматичность операции. Вместе с тем, в клинических ситуациях, когда вероятная неэффективность малотравматичных методик определяется на дооперационном этапе (эвентрация, массивное внутрибрюшное кровотечение, несостоятельность швов полых органов с явлениями разлитого перитонита, появление кишечного отделяемого по дренажам), их применение считаем нецелесообразным. Поэтому, в одном наблюдении от применения миниинвазивных пособий на дооперационном этапе отказались и выполнили релапаротомию после гемигепатэктомии.

В свою очередь, показаниями для применения малоинвазивных технологий в коррекции послеоперационных осложнений являются: исчерпание возможностей методов неинвазивной диагностики и лечения, верификация интраабдоминальных осложнений с их возможной коррекцией эндовидеохирургическими методиками, а также программированный послеоперационный мониторинг. Малоинвазивные технологии были использованы как самостоятельный метод лечения в 91 % ($n = 10$) наблюдений и выполнение релапаротомии не потребовалось. Лечение внутрибрюшных осложнений было проведено с помощью малоинвазивных монотехнологий (видеоэндоскопия и пункционно-катетерные манипуляции) в 73 % ($n = 8$) случаев. Малоинвазивные политехнологии и сочетанное использование видеоэндоскопии и методики открытого малого доступа (MAS) применили в 18 % ($n = 2$) случаев. Лапароскопически осуществляли ревизию и санацию органов брюшной полости, а через минидоступ выполняли укрепление холедистостомической трубки, подводили тампоны и устанавливали дренажи к зоне кровотечения из ткани печени.

Заключение. Осложнения, возникающие после операций на печени, могут корригироваться с помощью как традиционных, так и малотравматичных методик. Использование малоинвазивных политехнологий позволяют оперировать в рамках малоинвазивной хирургии, достигая результатов, в тех ситуациях, где выполнение монотехнологических операций не всегда возможно.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВИРСУНГОПЛАСТИКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Михайлов Д.В., Мазунов А.С.

*Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия
Центр хирургической гепатологии, Волгоград, Россия*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 342 больных с различными исходами панкреонекроза, из них мужчин было 218 (63,7 %), женщин – 124 (36,3 %). Средний возраст больных составил $45,4 \pm 13,2$ лет. Основной причиной для госпитализации больных служили различные нарушения морфологической структуры поджелудочной железы, приводящие к клинически значимым объективным и субъективным расстройствам. Как правило, причиной стойкого болевого синдрома длительно существующего панкреатического свища и кист головки ПЖ являлись рубцовые изменения терминальной части вирсунгова протока и большого дуоденального сосочка. Зачастую стенозированный участок был достаточно протяженным и сочетался с панкреато- и вирсунголитиазом. Последние обстоятельства ограничивали использование эндоскопических интервенционных процедур. В связи с этим прибегали к пластике терминального отдела вирсунгова протока в сочетании с вмешательством по внутреннему дренированию кисты головки ПЖ, устранению свищевого хода и каркасному дренированию (стентированию вирсунгова протока). Папилловирсунгоцистодуоденопластика (ПВЦДП) выполнена 22 (6,4 %) пациентам. В 5 (1,5 %) наблюдениях была выполнена ПВП (папилловирсунгопластика) с трансдуоденальным стентированием вирсунга. Наружный панкреатический свищ при этом был иссечен в 2-х случаях. Стеноз терминального отдела МППЖ (магистрального протока поджелудочной железы) и киста головки ПЖ, как правило, сопровождалась желчной гипертензией. В связи с этим одним из этапов оперативного вмешательства было дренирование желчевыводящих путей: по Пиковскому-Хольстеду (2 наблюдения), холедоходуоденоанастомоз (1 наблюдение), по Керу (25 наблюдений).

Результаты. В ходе оперативного вмешательства осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде в группе больных, перенесших ПВЦДП, отметили 1 неспецифическое осложнение в виде эвентрации. Осложнение, связанное с самим оперативным вмешательством, в виде желчеистечения имело место в 3-х случаях. Желчеистечение было связано с выпадением Т-образного дренажа холедоха в 1 наблюдении, что потребовало релапаротомии и повторной установки Т-образного дренажа. Желчеистечение было следствием неустраненной желчной гипертензии в 2-х случаях, купировано на фоне консервативной терапии и стентирования гепатикохоледоха под видеоэндоскопическим контролем. После проведенной манипуляции и предварительной тренировки Т-образный дренаж был извлечен.

Таким образом, в группе больных, перенесших сочетанные вмешательства на терминальном отделе панкреатического и желчного протоков ($n = 27$), послеоперационный койко-день составил $38,7 \pm 36,6$ дней. Релапаротомии потребовались в 2-х (7,4 %) случаях. Летальных исходов не наблюдали. Пациенты были осмотрены через 1, 6 и 12 месяцев. Состояние больных было удовлетворительное. Возврата болевого синдрома не наблюдали.

Выводы. Основным осложнением послеоперационного периода у больных с ПВЦДП является нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Причиной этого осложнения является протяженный стеноз интрапанкреатической части холедоха на фоне длительно существующего хронического панкреатита и/или послеоперационный панкреатит. Папиллосфинктеропластика не всегда достаточна для устранения желчной гипертензии у больных с хроническим панкреатитом. Для предотвращения данного осложнения целесообразно дополнить оперативное вмешательство внутренним дренированием желчевыводящих путей (стентирование, билиодигестивный анастомоз).

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ

Благитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Полякевич А.С., Смоляков Д.С.

*Кафедра госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ НСО «Государственная областная клиническая больница», Новосибирск, Россия*

Цель исследования: изучить основные причины осложнений после оперативных вмешательств на печени.

Материалы и методы. В клинике с 1991 по 2011 гг. оперировано 308 пациентов с разнообразной патологией печени: альвеококкоз – 76 (24,7 %),

эхинококкоз – 54 (17,5 %), гемангиомы – 45 (14,7 %), поликистоз – 57 (18,5 %), множественные абсцессы – 1 (0,3 %), первичный рак печени – 9 (2,9 %), метастазы колоректального рака – 32 (10,4 %), гепатоцеллюлярная аденома – 6 (1,9 %), гепатома – 3 (1,0 %), мезенхимомы – 1 (0,3 %), опухоль Клатскина – 12 (3,9 %), рак желчного пузыря – 7 (2,3 %), билиарная киста левой доли – 1 (0,3 %), злокачественный карциноид с метастазами в печень – 1 (0,3 %), холангиокарцинома – 2 (0,7 %), нодулярная гиперплазия VI–VII сегментов – 1 (0,3 %).

Результаты. Объем оперативных вмешательств зависел не только от поражения печени, но и от сопутствующих заболеваний. Выполнены следующие оперативные вмешательства: расширенная гемигепатэктомия – 55 (17,9 %), гемигепатэктомия – 72 (23,4 %), резекция доли – 25 (8,1 %), резекция трех сегментов – 5 (1,6 %), резекция двух сегментов – 4 (1,3 %), резекция одного сегмента – 8 (2,6 %), перицистэктомия – 38 (12,3 %), открытая эхинококкэктомия – 16 (5,2 %), кускование паразита – 19 (6,2 %), энуклеация гемангиомы диаметром не менее 8 см – 22 (7,1 %), энуклеация кист размером не менее 5 см – 13 (4,2 %), видеофенестрация кист – 27 (8,8 %), фенестрация кист из мини-доступа – 3 (1,0 %), дренирование полости распада – 1 (0,3 %).

При опухолевых и обширных образованиях выполняли анатомические резекции печени.

При открытом типе ворот печени и классическом удалении глиссоновых элементов в них вы-

полняли перевязку сосудов и протоков удаляемой части печени в ее воротах.

При закрытом типе ворот печени и при локализации патологического очага рядом с долевыми сосудами использовали транспаренхиматозный путь к трубчатым структурам печени.

За последние семь лет во время резекции печени использовали ультразвуковые хирургические аспираторы USS-2-21 и Cusa – 200. Для обеспечения хорошего гемостаза применяли «Тахокомб».

Во время резекции печени предварительных швов с целью уменьшения кровотечения не применяли, что служило предупреждением ишемии с последующим некрозом края резекции печени.

В послеоперационном периоде наибольшее число осложнений возникло после гемигепатэктомии – 32 (10,4%). Характер осложнений был разнообразным: внутрибрюшное кровотечение, желчные затеки в подпеченочное и в поддиафрагмальное пространства, пневмония, поддиафрагмальный абсцесс, ранняя спаечная непроходимость кишечника, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, полиорганная недостаточность. Послеоперационная летальность составила 6,2% (19 больных).

Заключение. Частота и характер послеоперационных осложнений зависят не только от объема оперативного вмешательства, но и от обширного поражения печени с длительной желтухой, общего состояния, возраста больного и сопутствующих заболеваний.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Сычев А.В.

Кафедра хирургии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента России, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов резекционных методов хирургического лечения опухолевых поражений поджелудочной железы.

Материалы и методы. Были выполнены 186 резекций поджелудочной железы при различных ее поражениях. В клинические наблюдения были включены резекции поджелудочной железы по поводу ее первичных поражений и резекции поджелудочной железы при комбинированных операциях (при вторичных поражениях).

Результаты. Как показали проведенные исследования практически у всех больных (98 %) наблюдали амилаземию. Послеоперационный панкреатит был диагностирован у 26,15 % больных. Рациональное послеоперационное ведение данной категории больных позволило купировать воспалительные изменения в ткани поджелудочной железы в ближайшем послеоперационном периоде. Для профилактики опасных осложнений, таких как не-

стоятельность холедохоюанального анастомоза, желудочно-кишечных анастомозов широко использовали прецизионную технику при формировании панкреатоюанального анастомоза, отдельную имплантацию Вирсунгова протока в просвет тощей кишки. Для окончательной остановки паренхиматозного кровотечения и ферментостечения из линии резекции поджелудочной железы считаем целесообразным применение лазерного скальпеля, комбинированных средств типа «Тахокомб». При наложении билиодигестивного анастомоза желательна декомпрессия протоковой системы любым доступным способом.

Выводы. Снижение послеоперационных осложнений удалось добиться благодаря проведению рациональной предоперационной подготовки, использованию особых интраоперационных методик, а также проведению специфической медикаментозной терапии.

БОЛЕЗНЬ КАРОЛИ И КИСТЫ ВНЕПЕЧЁННЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Богомолов Н.И.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия

ГУЗ ККБ, Чита, Россия

НУЗ ДКБ Забайкальской железной дороги ОАО РЖД, Чита, Россия

Болезнь Кароли (БК) и кисты внепечённых желчных протоков (КВЖП) считаются редкой патологией.

Цель исследования: проанализировать опыт диагностики и лечения этих заболеваний по материалам двух клиник за 40 лет и оценить результаты.

Материалы и методы. В Забайкальском крае проживает 1112000 человек. Прооперировано 3 пациентки с БК и 4 больных с КВЖП.

Результаты. Ранее 2-х пациенток с БК и поражением двух долей уже оперировали в детском возрасте, обеим сформирован холедоходуоденоанастомоз (ХДА), третья больная с поражением только левой доли, оперирована впервые в возрасте 37 лет, у неё удалили два железистых полипа из протоков, извлекли камни и сформировали ХДА. Аналогичную операцию (ХДА) выполнили в юном возрасте и двум из 4-х больных с КВЖП. Двум другим сделана резек-

ция кист с формированием одному гепатикоеноаноанастомоза на выключенной по Ру петле, а второй пациентке сделана холецистэктомия и наружное дренирование холедоха, так как ранее ей уже выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Все три женщины с БК имели здоровых детей разного возраста. Отдалённые результаты в сроки от 1 до 24 лет оценены у 4-х из 7 больных. Одна пациентка с БК повторно оперирована с подозрением на холедохолитиаз, однако на операции камней не обнаружили.

Заключение. Болезнь Кароли и кисты внепечённых желчных протоков встречаются редко, не всегда своевременно диагностируются, радикально устранить данный порок развития невозможно, паллиативные пособия выполняются в необходимых объёмах, продиктованных анатомо-морфологическими и функциональными изменениями билиарного тракта.

ПРИМЕНЕНИЕ «РОПРЕНА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕГО ГЕНЕЗА

Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Калинин Е.Ю., Полунин И.А.

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский

университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучение результатов применения препарата «Ропрен» в составе комплексного лечения больных механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проведена оценка гепатопротекторной эффективности оригинального полипренолсодержащего гепатопротектора растительного происхождения «Ропрен» (разработчик и производитель «Сологран Сан») у больных механической желтухой опухолевого генеза. Объем наблюдений составил 60 человек, разделенных на 2 группы (основная и группа сравнения) по 30 пациентов в каждой. Среди пациентов было 28 (46,7 %) женщин и 32 (53,3 %) мужчины. Средний возраст составил 51,45 ± 6,32 лет.

Дизайн исследования. Проведено простое слепое плацебоконтролируемое исследование. «Ропрен» применяли курсом в течение 30 дней по 9 капель 3 раза в день перорально. Эффективность гепатопротекторной терапии оценивали по динамике клинических проявлений, биохимических параметров активности цитолитического синдрома и маркеров синдрома холестаза.

Результаты. В результате терапии препаратом «Ропрен» статистически достоверно было доказано

снижение выраженности проявлений астенического (слабость, утомляемость, нарушения сна) и диспепсического (тяжесть в правом подреберье, метеоризм, неустойчивый стул) синдромов ($p < 0,05$). В основной группе статистически достоверно выявлено значительное снижение уровня активности трансаминаз и общего и прямого билирубина, ГГТП и щелочной фосфатазы ($p < 0,05$). После курса проведенной терапии «Ропреном» четко определилась тенденция к снижению развития тяжелых форм полиорганной недостаточности. Достоверно выявленная ($p < 0,05$) динамика снижения билирубина, в основной группе (с 264,61 ± 25,43 мкмоль/л в начале курса до 88,98 ± 19,14 мкмоль/л в конце курса) позволила сократить сроки между этапами хирургического лечения на 15 суток. Приверженность к лечению была высокой, побочных эффектов не наблюдали ни в одном случае.

Выводы. В результате клинического исследования установлено, что включение препарата «Ропрен» в терапию больных механической желтухой опухолевого генеза позволило сократить сроки между этапами хирургического лечения за счет снижения степени выраженности холестатического и цитолитических синдромов, что, в свою

очередь, коррелировало со значительным клиническим улучшением. Таким образом, препарат «Ропрен» является эффективным и безопасным

гепатопротектором, что позволяет рекомендовать его для лечения больных механической желтухой опухолевого генеза.

ПОЯСНИЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ – ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЭВАКУАЦИИ ЖИДКОСТИ ИЗ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

Бородач В.А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия

Наиболее частым осложнением после операций на печени и желчных путях является желчеистечение.

Цель исследования: улучшение ближайших послеоперационных результатов лечения при операциях на печени и желчных путях.

Материалы и методы. Всего метод поясничного дренирования при операциях на печени и желчных путях применен у 5373 больных. Представлен анализ результатов лечения 771 пациента, оперированного на печени, желчных путях традиционным способом (1 группа, $n = 44$; 57,6 %) и с использованием лапароскопической техники (2 группа, $n = 327$; 42,4 %). Женщин было 652 (84,5 %). По половому соотношению группы были примерно одинаковы. Все больные (1 группа) оперированы с острым деструктивным холециститом (острый флегмонозный холецистит – 250; острый гангренозный холецистит – 194). Воспаление в желчном пузыре сопровождалось биллиогенным панкреатитом в 32 случаях и перивезикальным абсцессом – в 12. В эту группу включены пациенты в возрасте 31–92 лет, которым дренирование подпеченочного пространства осуществляли путём введения двухпросветной трубки (1–1,2 см в диаметре) через прокол в нижнем углу правого поясничного треугольника (доложено на выездной сессии ВНЦХ в Иркутске, 1987). Ложе желчного пузыря было ушито 2-х рядным кетгутовым швом. Во вторую группу вошли пациенты в возрасте 21–70 лет, которым выполнены лапароскопические операции по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита (87,5 %) и острого холецистита (12,54 %).

Результаты. Кровотечение из ложа желчного пузыря остановлено диатермокоагуляцией, а дренирование подпеченочного пространства осуществляли трубкой (до 0,5 см в диаметре), введенной через прокол в правом подреберье по наружному краю прямой мышцы живота. После традиционных операций желчеистечение отметили у 51 (11,7 %) пациента, после лапароскопических – у 37 (11,3 %). Количество желчи, при отсутствии препятствия в дистальном отделе желчного протока, в среднем составляло 150–180 мл/сут. и достигало у некоторых пациентов 500 мл/сут. Повторно оперированы после лапароскопических вмешательств при появлении симптомов раздражения брюшины по правому боковому каналу 4 (1,2 %) больных. Источником желчеистечения в этих случаях явился абберантный желчный проток в области ложа желчного пузыря. У 12 больных 1 группы желчеистечение продолжалось более 10 суток, но все они пролечены консервативно, так как процесс был ограничен и протекал без признаков воспаления. Несмотря на продолжающееся желчеистечение (70–120 мл/сут.), дренажные трубки у этих пациентов были удалены из подпеченочного пространства на 14-й день. В этих случаях желчеистечение прекращалось сразу же после удаления дренажа, без каких-либо последствий: узкий ход, сдавливаясь тканями, смыкался, полностью перекрывая источник желчеистечения.

Выводы. Поясничное дренирование, применяемое после операций на печени и желчных путях, обеспечивает эффективную эвакуацию жидкости из подпеченочного пространства, способствуя снижению послеоперационных осложнений.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ РАЗЛИЧНЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Королева А.А.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Несмотря на совершенствование технологии резекции печени и накопление опыта, частота пострезекционных билиарных осложнений остается относительно стабильной.

Цель исследования: оценить частоту билиарных осложнений и факторы, влияющие на их возникновение после резекции печени в зависимости от характера заболевания.

Матеріали і методи. Изучена частота возникновение билиарных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, к которым относили желчеистечения по страховочным дренажам, желчные свищи и биломы у 437 больных, перенесших резекции печени с 2000 по 2009 гг., в том числе у 137 (31,4 %) пациентов с метастазами колоректального рака (КРР) в печень, у 72 (16,5 %) больных с первичными злокачественными опухолями печени (гепато- и холангиоцеллюлярный рак, гепатобластома, ПЭКома), у 141 (32,2 %) больного с доброкачественными очаговыми образованиями (гемангиомы и ФНГ), у 87 (19,9 %) больных с эхинококкозом печени. Проанализировано влияние на частоту развития билиарных осложнений следующих факторов: 1) объем резекции; 2) число очаговых образований; 3) размер образований; 4) билобарное поражение печени; 5) центральная локализация очаговых образований; 6) стадия TNM для первичного рака печени; 7) ширина отступа плоскости резекции от края опухоли; 8) инвазия опухоли в магистральные сосуды печени для злокачественных опухолей; 9) число резецированных сегментов для сегментарных резекций; 10) методика разделения паренхимы печени; 11) объем интраоперационной кровопотери; 12) применение гепатизации среза печени при окончательном гемостазе; 13) применение приема Прингла и его длительность. При эхинококкозе также оценивали: 1) первичный или рецидивный характер заболевания; 2) объем перицистэктомии (тотальная, субтотальная); 3) осложненное течение заболевания до операции. Для определения влияния на частоту возникновения осложнений различных факторов использовали регрессионный анализ (программа Statistica 10).

Результаты. Частота билиарных осложнений/общая частота осложнений после резекций печени у больных с метастазами КРР составила 16/55 %, первичными злокачественными опухолями печени – 13/53 %, доброкачественными очаговыми образованиями – 6/37 %, эхинококкозом печени – 7/26 %. Достоверное влияние на возникновение билиарных осложнений после резекций печени у больных с метастазами КРР оказывали размер опухоли 70 мм и более, применение приема Прингла; при первичных злокачественных опухолях печени – билобарное поражение печени, длительность приема Прингла 15 мин и более; при доброкачественных образованиях – размер 150 мм и более, длительность приема Прингла 15 мин и более; при эхинококкозе – поражение кистами более 2-х сегментов, прорыв содержимого кисты в желчные протоки до операции.

Обсуждение. Билиарные осложнения после резекций печени по поводу злокачественных опухолей возникали чаще, чем по поводу доброкачественных образований или эхинококкоза. Факторы риска развития осложнений отличались мало и были связаны с распространенностью поражения (размер или число пораженных сегментов, билобарный характер), а также необходимостью применения приема Прингла и его продолжительностью. Значимость влияния последнего фактора, вероятнее всего, объясняется тем, что прием Прингла мы использовали вынужденно при возникновении интраоперационного кровотечения, которое, возможно, повышало риск травмы мелких желчных протоков или ненадежного окончательного холестаза за счет менее точной обработки среза печени.

Заключение. Наличие факторов риска требует более тщательного холестаза по ходу операции и контроля холестаза в конце операции.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ РАЗЛИЧНЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Королева А.А.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Кровотечения после резекции печени, как желудочно-кишечные (ЖКК), так и внутрибрюшные, не относятся к частым осложнениям, тем не менее, представляют не вполне изученную проблемой в хирургической гепатологии.

Цель исследования: оценить риск возникновения кровотечений после резекций печени по поводу различных очаговых образований.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 437 больных, перенесших резекции печени с 2000 по 2009 гг., в том числе у 137 (31,4 %) пациентов с метастазами колоректального рака (КРР) в печень, у 72 (16,5 %) больных с первичными злокачественными опухолями печени (гепато- и холангиоцеллюлярный рак, гепатобластома,

ПЭКома), у 141 (32,2 %) больного с доброкачественными очаговыми образованиями (гемангиомы и ФНГ), у 87 (19,9 %) больных с эхинококкозом печени. Изучено влияние различных факторов на риск развития кровотечений, к которым относили ЖКК, внутрибрюшные кровотечения, а также гематомы в области среза печени. Проанализировано влияние на частоту развития послеоперационных кровотечений следующих факторов: 1) объем резекции; 2) число очаговых образований; 3) размер образований; 4) билобарное поражение печени; 5) центральная локализация очаговых образований; 6) стадия TNM для первичного рака печени; 7) ширина отступа плоскости резекции от края опухоли; 8) инвазия опухоли в магистральные со-

суды печені для злокачественних опухоль; 9) число резецированных сегментов для сегментарных резекций; 10) методика разделения паренхимы печени; 11) объем интраоперационной кровопотери; 12) применение гепатизации среза печени при окончательном гемостазе; 13) применение приема Прингла и его длительность. При эхинококкозе также оценивали: 1) первичный или рецидивный характер заболевания; 2) объем перикистэктомии (тотальная, субтотальная); 3) осложненное течение заболевания до операции, 4) наличие кист внепеченочной локализации. Для определения влияния на частоту возникновения осложнений различных факторов использовали регрессионный анализ (программа Statistica 10).

Результаты. Частота послеоперационных кровотечений/общая частота осложнений после резекций печени у больных с метастазами КРР составила 2 (ЖКК не отмечено)/55 %; у больных первичными злокачественными опухолями печени – 10/53 %, доброкачественными очаговыми образованиями – 8/37 %, эхинококкозом печени – 6 (ЖКК не отмечено)/26 %. Близкое к достоверному влияние на возникновение внутрибрюшных кровотечений после резекций печени у больных с метастазами КРР оказывала гепатизация среза печени ($p = 0,062$) и центральная локализация метастазов ($p = 0,086$); при первичных злокачественных опухолях печени достоверно повышали риск пострезекционных кровотечений размер опухоли 60 мм и более, длительность приема Прингла 15 мин. и более; достоверно реже послеоперационные кровотечения возникали после РЧА-прекоагуляции среза печени; при доброкачественных образова-

ниях риск кровотечений повышался при числе резецированных сегментов > 2 и острой пострезекционной печеночной недостаточности; при эхинококкозе – при интраоперационной кровопотере > 2000 мл и внутригрудной локализации эхинококковых кист при симультанных операциях на брюшной и грудной полостях.

Обсуждение. Кровотечения после резекций печени по поводу первичных злокачественных опухолей печени возникали чаще, что, вероятнее всего, объясняется меньшей надежностью гемостаза при наличии фонового поражения паренхимы (цирроз, жировой гепатоз), причем РЧА-прекоагуляция среза печени была действенным методом профилактики интра- и послеоперационной кровопотери. Острая пострезекционная печеночная недостаточность оказала достоверное влияние на риск развития ЖКК при доброкачественных образованиях. Факторы риска развития внутрибрюшных кровотечений отличались разнообразностью, но, в целом, указывали на повышение риска осложнений при высокой травматичности операции или необходимости гепатизации среза печени для окончательного гемостаза. Прием Прингла применяли вынужденно при возникновении кровотечения.

Заключение. Кровотечения после резекции печени являются редкими осложнениями, но пристальное внимание к окончательному гемостазу требуется при расширении объема резекции (> 2 сегментов), резекции центральных сегментов, а при снижении прецизионности обработки среза печени в условиях интраоперационного кровотечения. Гепатизация среза не является надежным методом окончательного гемостаза.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ «ОТКРЫТЫХ» ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Глабай В.П., Архаров А.В., Алиев А.И., Кешишев А.Г., Юнусов Б.Т., Виленский А.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения тяжелого острого панкреатита.

Материал и методы. За 20 лет наблюдали 6844 больных тяжелым острым панкреатитом, хирургическому лечению были подвергнуты 498 (7,3 %) больных, «открытое» вмешательство выполнено 322 (64,6 %) и пункционно-катетеризационное – 176 (35,4 %) пациентам. Из 322 больных 293 (91 %) оперированы «открытым» способом с различными видами инфицированного панкреонекроза и 29 (0,9 %) со стерильным панкреонекрозом и органной недостаточностью. У 102 (31,6 %) больных в послеоперационном периоде возникло 197 осложнений. Летальность составила 34 % (35 больных).

Выделено 3 группы осложнений: интраоперационные (12 – 6,1 %), ранние (94 – 47,7 %) и

отсроченные (91 – 46,2 %). Интраоперационные: травма селезенки (7), кровотечение из кисты (3), кровотечение из селезеночной артерии (1) и из вены (1). Ранние: аррозивное кровотечение (29), панкреатические фистулы (18), толстокишечный свищ (12), тонкокишечный свищ (3), желудочный свищ (7), дуоденальный свищ (5), цистодуоденальный свищ (2), флегмона желудка (2), абсцессы (9), ранняя спаечная непроходимость (2) тромботические осложнения (3), острый холецистит (1), гнойный плеврит (1). Отсроченные осложнения и последствия острого панкреатита в данной работе не рассматриваются. Наиболее информативными методами для распознавания периоперационных осложнений были МРХПГ, КТ, рентгенологический и УЗИ.

Результаты. Главными причинами возникновения периоперационных осложнений являются

деструкція стінки головного панкреатического протока, узурція судів і вовлечення в гнійний процес стінки полого органа. Сприяє розвитку ускладнень тривалість течія неразрешенного гнійного очага, виявлена пряма залежність строка захворювання, розповсюдженості нагноєння і частотой розвитку ускладнень. В зв'язі з цим признати ряд ускладнень як ускладнення операції можна лише умовно, оскільки передумови до їх розвитку закладені течією захворювання. Найважливіше значення в профілактиці ускладнень надавали надійній диференцировці тканин во время операції, переважній використанні органосохраняючих операцій, ненасильственному удаленню секвестров, відмові від некрэктомии острым путем, санаціонним перев'язкам кожні 48–72 годин, використанню назоінтестинальної інтубації для декомпресії, лаважа, деконтамінації кишечника, усунення внутрішньобрюшної гіпертензії, ентерального живлення.

Вибір методу лікування ускладнень «открытых» операцій знаходиться в широкому діапазоні від консервативного до резекційного в умовах гнійного процесу і залежить від стану хворого, місцевих змін підшлудочної залози і забрюшинного простору, досвіду хірурга, оснащеності операційної, медикаментозної підтримки і можливостей реанімаційної служби.

Выводы

1. Ускладнення «открытых» операцій при тяжелому панкреатиті виникають в 31,6 %, летальність досягає 34 %.
2. Розвиток ускладнень подібних операцій можливо на будь-якому етапі лікування.
3. Вибір методу лікування ускладнень «открытых» операцій при тяжелому панкреатиті може бути консервативним або резекційним і залежить від місцевих змін в зоні операції, наявності органної недостаточності у хворого і організаційних факторів.

ОСЛОЖНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ, РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Гранов Д.А., Павловский А.В., Попов С.А., Шаповал С.В.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: анализ осложнений хирургических вмешательств на поджелудочной железе, выполненных в отделении хирургии печени и поджелудочной железы в ФГБУ РНЦ РХТ.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2011 гг. стандартные, расширенные и комбинированные операции с резекцией поджелудочной железы (ПЖ) выполнены 114 пациентам – 56 (49,1 %) мужчинам, 58 (50,9 %) женщинам, в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст 55 лет). По поводу злокачественных опухолей ПЖ выполнено 81 (71,1 %) вмешательство, из них при аденокарциноме ПЖ у 65 (80,3 %) пациентов, при нейроэндокринных злокачественных опухолях 16 (19,7 %) больных. Операции на ПЖ по поводу злокачественных опухолей других локализаций выполнены 23 (20,2 %) пациентам: рак Фатерова сосочка – в 8, рак желчевыводящих путей – в 5, рак двенадцатиперстной кишки – в 3-х, вмешательства по поводу гигантских забрюшинных опухолей – в 2-х, по поводу стромальной опухоли двенадцатиперстной кишки – в 1, опухоли желудка, метастазов и рецидивов рака толстой кишки – в 4-х случаях. По поводу доброкачественных опухолей ПЖ оперированы 3 (2,6 %) пациента, у 7 (6,1 %) больных операции выполнены по поводу хронического псевдотуморозного панкреатита, кист ПЖ. Стандартные операции, а также вмешательства на ПЖ, выполненные при внутриорганно расположенных образованиях без инвазии в окружающие ткани, выполнены 62 (54,4 %) пациентам: гастро-

панкреатодуоденальных резекций – 26, пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций – 14, корпорокаудальных резекций ПЖ – 16, срединные резекции – 3. Субтотальная резекция органа выполнена 3-м пациентам. Реконструктивно-сосудистые вмешательства при резекции ПЖ с резекцией и протезированием ствола и притоков воротной вены (ВВ), транспозицией артериальных сосудов, протезированием нижней полой вены (НПВ) с расширенной лимфодиссекцией выполнены в 28 (24,6 %) случаях. Резекция ПЖ с криодеструкцией опухоли, выполнена 4-м больным, из них протезирование НПВ и ВВ – у 1 пациента. Комбинированные операции с полиорганными вмешательствами – экстирпация желудка, нефрэктомия, резекция кишечника, диафрагмы, печени, в том числе, с применением методики радиочастотной абляции выполнены в 15 (13,2 %) случаях, из них резекция и протезирование висцеральных магистральных сосудов у 3-х больных.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 4,4 % (5 случаев); осложнения отмечены у 66 (57,9 %) больных. Из них локальные: очаговый панкреонекроз – в 21, нагноение послеоперационной раны – в 15, парез желудочно-кишечного тракта – в 12, плеврит – в 10, острое кровотечение средней и тяжелой степени – в 8, инфаркты, абсцессы печени, селезенки – в 5; скопление жидкости в зоне резекции – в 7, из них с формированием внутрибрюшных абсцессов в 4-х случаях; наружные свищи – в 4-х,

острый внутрисудистый тромбоз – в 3-х, острая кишечная непроходимость – в 3-х, разлитой перитонит – в 1, лимфорей тяжелой степени – в 1 случае. Только общие осложнения наблюдали у 12 (10,5 %) пациентов, наиболее часто это были: пневмония, аритмия тяжелой степени, декомпенсация углеводного обмена.

Выводы. Расширенные и комбинированные операции на поджелудочной железе сопряжены с большим риском и высоким количеством осложнений. Однако при своевременном выявлении и квалифицированном лечении осложнений можно достигнуть приемлемых показателей послеоперационной летальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Гунзынов Г.Д., Цыбиков Е.Н., Саганов В.П., Гармаев Б.Г.

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН,
Улан-Удэ, Россия

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с высокими доброкачественными стриктурами гепатикохоледоха.

Материалы и методы. За период с 1994 года по 2012 гг. оперировано 20 больных с высокими доброкачественными рубцовыми стриктурами гепатикохоледоха. Возраст больных был в пределах 22 – 63 года. Мужчин – 3 (15 %), женщин – 17 (85 %).

Рубцовые стриктуры гепатикохоледоха во всех случаях развились после ятрогенного повреждения общего печеночного протока во время холецистэктомий: после плановых операций – у 4-х (20 %) больных, после экстренных – у 16 (80 %). Повреждения гепатикохоледоха после холецистэктомии лапаротомным доступом наблюдали у 14 (70 %) пациентов, после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) – у 6 (30 %).

Для установления диагноза, помимо стандартного клинического обследования, выполняли биохимические исследования крови (общий билирубин с его фракциями, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза), УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), компьютерная томография (КТ), фистулогепатикохолангиография.

Согласно классификации Э.И. Гальперина (1987) стриктуру «+1» наблюдали у 6 пациентов, стриктуру «0» – у 6, стриктуру «-1» – у 5 и стриктуру «-2» – у 3-х больных.

Результаты. У всех больных были выявлены осложнения, характерные для рубцовых стриктур гепатикохоледоха: механическая желтуха – в 20 (100 %) случаях, холангит – в 7 (35 %), наружный желчный свищ – в 4-х (20 %). Выбор операции зависел от уровня и протяженности рубцового процесса в желчных путях. 19 (95 %) больным были выполнены реконструктивные оперативные вмешательства: при стриктуре «+1» и «0» в 6 случаях – прецизионный гепатикоэнтероанастомоз без сменного транспеченочного дренажа (СТД), при стриктуре «-2» и «-1» в 11 случаях – единый на одном СТД, при стриктуре «-2» в 3-х случаях – комбинированный анастомоз на СТД. Восстановительное пособие при стриктуре «-1» было выполнено одному пациенту.

Из ранних осложнений отмечали нагноения послеоперационных ран – 2 случая, билому – 2, абсцедирование биломы брюшной полости – 2. В последних 4-х наблюдениях была предпринята успешная релапаротомия. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной от холангиогенного сепсиса (летальность – 5 %).

В отдаленном периоде удовлетворительное состояние и хорошее качество жизни отмечено у всех 19 больных.

Заключение. Оптимизированный лечебно-диагностический подход по отношению к больным с высокими доброкачественными стриктурами гепатикохоледоха позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.

ФГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет» Минобрнауки России, Сургут, Россия
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Цель исследования: проанализировать ближайшие результаты лечения больных с метастатическим

поражением печени при колоректальном раке при применении различных хирургических технологий.

Матеріали і методи. Проаналізовані найближчі результати хірургічного лікування 126 хворих з ізольованими метастазами колоректального раку в печінку. Вік хворих варіював в межах від 38 до 72 років. Чоловіків було 56 (44,4 %), жінок – 70 (55,6 %).

Об'єм ураження паренхіми печінки склав від 7 % до 55 %. Солітарні і єдиничні метастази в печінку виявлені у 65 (54,2 %), множинні – у 61 (45,8 %) пацієнта. Монолобарне ураження – у 73 (57,9 %) хворих, білобарне – у 53 (42,1 %). Резекції печінки в різних об'ємах виконані у 52 (41,3 %) хворих; резекції в поєднанні з додатковими методами деструкції очагів застосовані у 27 (21,4 %) пацієнтів. Ізольовані методи локальної деструкції (РЧА, криодеструкція) були використані у 47 (37,3 %) пацієнтів.

Результати. Проведено аналіз найближчих результатів хірургічного лікування пацієнтів з метастазами колоректального раку в печінку. Для оцінки впливу різних хірургічних технологій в складі програми комбінованого лікування на найближчі і віддалені результати хворі були розділені на 5 груп.

Першу групу склали пацієнти, у яких виконані економні анатомічні і атипичні резекції печінки – 42 (33,3 %). Осложнення відзначені у 14,2 % хворих. Летальних ісходів не було. Середня величина інтраопераційної кровопотери склала 380 мл.

Друга група – пацієнти після гемігепатектомії (10 хворих – 7,9 %). Частота післяопераційних ускладнень – 30 %. Післяопераційна летальність склала 20 % (померли 2 хворих від печеночної недостатності). Розширені резекції супроводжувалися кровопотерею в об'ємі

480–1430 мл. Гемотрансфузію проводили у 2-х хворих.

Третя група – пацієнти з резекцією різних об'ємів в поєднанні з РЧА – 27 хворих (21,4 %). Післяопераційні ускладнення відзначені у 14,8 %, але за структурою ускладнень вони практично не відрізнялися від 1 і 2 груп. Післяопераційна летальність склала 11,1 % (3).

Четверта група – пацієнти тільки з РЧА – 40 хворих (31,8 %). Осложнення мали місце у 5,0 % хворих (у 2-х хворих виявлено субкапсулярна гематома невеликого об'єму). Летальних ісходів не було.

П'ята група – пацієнти, перенесіть криодеструкцію – 7 хворих (5,6 %). Осложнення мали місце у 57,1 % (4) хворих. Інтраопераційні тріщини паренхіми в області ледяної глибоки мали місце у 2-х пацієнтів; тромбоцитопенія – у 1, реактивний плеврит – у 1.

Висновки

1. Частота раних післяопераційних ускладнень при хірургічному ліванні метастазів колоректального раку печінки визначається технологією і об'ємом хірургічного втручання: максимальна кількість ускладнень відзначено при криодеструкції і гемігепатектомії.

2. Анатомічні економні резекції печінки не збільшують частоту раних післяопераційних ускладнень порівняно з перипухольовими, маючи більшу патогенетичну обґрунтованість.

3. РЧА є ефективним методом локального впливу на метастатичний очаг, маючи невелику травматичність і низький відсоток ускладнень, але як самостійний метод в ліванні колоректальних метастазів в печінку не є альтернативою резекції.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Анисимова О.В., Кондрашин С.А., Парнова В.А., Васильев И.А.

Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Актуальность. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НЭО ПЖ) являются редкими новообразованиями, однако за последние 20 лет отмечен рост заболеваемости. Частота НЭО ПЖ составляет 1,5–2 новых случая на 100000 населения в год.

Основная роль в комплексном лечении этих пациентов отводится оперативным методам. Непосредственные результаты при НЭО ПЖ оставляют желать лучшего, частота послеоперационных осложнений и летальности превышают таковые при раке и хроническом панкреатите и достигают соответственно 40 % и 12 %.

Материал и методы. Клиника факультетской хирургии (КФХ) им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ

им. И.М. Сеченова обладает опытом хирургического лечения 335 больных с НЭО ПЖ, из них инсулином было 250, гастрином – 52, ВИПом – 3, глюкагоном – 4 и нефункционирующих образований – 25. Злокачественные новообразования выявлены в 79 (23,6 %) наблюдениях. Для оценки исходов хирургического лечения все больные были разделены на 2 группы (основную и контрольную). В основной группе (177 пациентов – 52,8 %) использовали единый современный подход к до-, интра- и послеоперационному ведению больных. В контрольную группу (158 пациентов – 47,2%) вошли пациенты, у которых современные принципы обследования и лечения применяли не в полном объеме и не во всех наблю-

денях. Характер хирургических вмешательств: энуклеация опухоли – 173 (51,6 %), дистальная резекция ПЖ – 134 (40,0 %), ГПДР – 13 (3,9 %), диагностическая лапаротомия – 15 (4,5 %). Резекции печени выполнена в 10 (3,0 %) случаях.

Результаты. В послеоперационном периоде различные осложнения, связанные с хирургическим вмешательством, выявлены в 30 % наблюдений. Летальность составила 4,7 %. Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице.

Таблица

Характер послеоперационных осложнений в разных группах больных (%)

| Характер осложнений | Группы больных | | Всего (n = 335) |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| | Основанная (n = 177) | Контрольная (n = 158) | |
| ДП (деструктивный панкреатит) | 6,8 | 19,6 | 12,4 |
| ДП + свищ | 2,3 | 7,7 | 4,3 |
| ДП + абсцесс | 6,8 | 8,0 | 7,3 |
| ДП+псевдокиста | – | 0,85 | 0,4 |
| Распространенный перитонит | 3,9 | 1,75 | 2,8 |
| Нагноение послеоперационной раны | 3,9 | 0,85 | 2,4 |
| Аррозивное кровотечение | – | 0,85 | 0,4 |
| Всего осложнений | 23,7 | 38,6 | 30 |
| Летальность | 2,7 | 7,7 | 4,7 |

Как видно из таблицы, частота послеоперационных осложнений в основной группе больных значительно ниже, чем в контрольной. Таких результатов удалось достичь за счет использования единого алгоритма обследования и послеоперационного ведения больных, включающего в себя полную дооперационную топическую диагностику, интраоперационную ревизию с обязательным ИОУЗИ и эндоскопической трансиллюминацией, прецизионную технику выполнения операций с обработкой раневой поверхности фибриновым клеем. В послеоперационном периоде проводили лечебные мероприятия, аналогичные таковым у больных острым деструктивным

панкреатитом с обязательным применением аналогов соматостатина, а также тщательную коррекцию уровня глюкозы крови. В основной группе пациентов значительно реже возникала необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств (релапаротомии, малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ и РТВ) – 12,8 % против 22 %.

Заключение. Применённый алгоритм до-, интра- и послеоперационного ведения больных позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, повторных хирургических вмешательств, а также летальности в 1,6, 1,7 и 2,8 раз соответственно.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Мальгинов К.Е., Каменских Е.Д., Панков К.И., Косяк А.А., Гаврилов О.В., Колеватов А.П.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

ГБУЗ МЗ Пермского края «Клиническая медико-санитарная часть №1», Пермь, Россия

Цель исследования: уменьшить частоту осложнений во время и после резекций печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 181 больного с очаговыми поражениями печени, которым были выполнены резекции печени в период с 2002 по 2011 гг. Возраст пациентов варьировал в пределах от 36 до 78 лет (средний возраст – 57 ± 13,2 года). Мужчин было 74 (40,9 %), женщин – 107 (59,1 %). Показанием для оперативного вмешательства были метастазы колоректального рака в 58 (32 %) случаях, метастазы рака других органов брюшной полости – в 23 (12,7 %), гепатоцеллюлярная карцинома – 18 (9,9 %), гемангиомы печени – 66 (36,5 %), пара-

зитарные кисты печени – 16 (8,8 %). Большие резекции печени (≥ 3 сегментов) выполнены у 38 % пациентов, а малые – у 62 %. Резекцию печени осуществляли после ее широкой мобилизации и проведения интраоперационного УЗИ. Большие резекции печени производили после вне- и интрапаренхиматозного выделения и перевязки соответствующих сосудисто-секреторных элементов печени. Для диссекции паренхимы печени использовали ультразвуковой диссектор, гармонический скальпель. Для обеспечения гемостаза применяли аргоновую коагуляцию, фибрин-коллагеновую пленку «Тахокомб». При желчеистечении участки культи печени дополнительно прошивали. Для

профілактики печеночної недостаточності в комплекс інтенсивної терапії включали препарати гептрал, гепамерц, ремаксол.

Результати. За останні 5 років при великих резекціях інтраопераційну кровопотерю вдалося знизити з $2700 \pm 250,3$ мл до $1100 \pm 200,5$ мл, при малих резекціях – з $683 \pm 43,3$ мл до $356 \pm 45,4$ мл. Повредження внепеченочних жєлчних протоків виявили вє время оперативного вємешательства в 3-х (1,7 %) випадках. Производили ушивання дефектів протоків з наружним їх дренируванням через культю пєзирного протокє. Билиарні ускладнення в постєопераційному перїоді отмечєны у 3-х пацієнтів постє правосторонньої гемїгепатєктомї – несостєятєльностє культї правої долевої жєлчного протокє з формировањем наружного жєлчного свища, котрий самостєятєльно закрьлєся через 3 мєсяцє ($n = 1$); некроз общєго печєночного протокє ($n = 1$); бїлома сформировалясь у 1 больної постє розширеної лєвосторонньої гемїгепатєктомї. В раннем постєопераційному перїоді

кровотєчєния из культї печєни развилєсь у 4-х (2,2 %) пацієнтів: рєлапаротомїє и окончательний гемостаз потрібавалєсь в 3-х випадках, гемостаз достигнут консервативними мєроприятиями – в 1 випадку. Печєночная недостаточностє развилєсь в 5 (2,8 %) випадках з летальним исходом у 2-х больних. Абсцєсы брєушной полости наблєдали у 4-х (2,2 %) пацієнтів, реактивный плеврит – в 5 (2,8 %) випадках, тромбоз рєтєропечєночного сегмєнта нижньої полої вєны произошел у 1 (0,6 %) пацієнткї постє правосторонньої гемїгепатєктомї. Постєопераційна летальностє составила 1,1 % ($n = 2$).

Заклюєение. Соблєудєние основополагающих тєхничєских принципів при резекції печєни позволєєт сущєствєнно знизити числє постєопераційних геморрагичєских ускладнєний. При обширных резекціях печєни перевязку долевых жєлчных протоків прєдпочтїтельнєє осущєствлєєть интрапарєнхиматозно. Для профїлактикї печєночної недостаточності в комплексное лєчєнїє слєдуєт включатє введєнїє гепатопротєкторів.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Заривчацкий М.Ф., Смольков А.А., Кольванова М.В., Богатырева Г.М., Саманчук С.Ф.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лєчєнїє больных панкреонєкрозом путем применєнїє оптимизированной тактикї.

Материал и методы. Провєдєн анализ результатов лєчєнїє 696 больных острым панкреатитом за 2009–2012 гг., из них был проопєрирован 141 больної (20,3 %). Стерильный панкреонєкроз диагностирован у 48 (34,1 %) человек, инфицированный – у 93 (65,9 %). Показаниями к оперативному лєчєнїє служили острые жїдкостные скопления в парапанкреатическом и забрєушинном пространствах, перитонит, флєгмона забрєушинного пространства. При стерильном панкреонєкрозє отдавали прєдпочтєнїє минїинвазивным оперативным вємешательствам: лапароскопическїє санации и дренирування брєушной полости, в том числє дренирування сальниковой сумкї – у 91 (64,6 %) больної; пункции и дренирування жїдкостных скоплєний поджелудочной жєлєзы и забрєушинного пространства – у 7 (4,9 %) больных. При инфицированном панкреонєкрозє выполняли слєдующие вємешательства: вскрытїє и дренирування очага из минїодоступа (лємботомїє и оментобурсостомїє) – у 28 (19,9 %) человек; минїодоступную лапаротомїє, секвєстрєктомїє, а также шїрокую лапаротомїє, секвєстрєктомїє – у 15 (10,6 %).

Результаты. В постєопераційному перїоді наблєдали гноїно-септїческие ускладнения (флєгмо-

у забрєушинного пространства, продолжающийся перитонит, абсцєсы различных локализаций) у 46 (32,6 %) больных, в том числє постє открытых вємешательств – у 28 (19,9 %). Аррозивные кровотечения возникли у 8 (5,7 %) больных, в том числє постє открытых вємешательствах – у 5 (3,5 %). Перфорация полых органов (кишєчные свищи) отмечєны у 6 пацієнтів (4,3 %), в том числє при открытых вємешательствах – у 5 (3,5 %). Жєлудочно-кишєчные кровотечения возникли у 6 (4,3 %) больных. Плевриты, чаще лєвосторонние, отмечєны у 105 (74,5 %) больных постє открытых операций и у 68 (48,2 %), оперированных минїинвазивными способами. Пневмония диагностирована у 10 (7,1 %) человек, в том числє постє шїроких лапаротомїє – у 7 (4,9 %). Острый коронарный синдром, подтвержденный тропаниновым тєстом, диагностирован у 99 (70,2 %) проопєрированных.

Использование минїинвазивных оперативных методїк при лєчєнїє панкреонєкроза позволило знизити уровень летальности с 42,3 до 22,2 %.

Выводы. Шїрокое внедрєнїє минїинвазивных вємешательств (лапароскопических, из минїодоступа, пункций под УЗ-контролем), особенно при стерильном панкреонєкрозє, позволило знизити числє ранних постєопераційных ускладнєний и уменьшитє летальностє.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Иванов С.В., Горбачева О.С., Машенцева В.В., Тарабрин Д.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Курск, Россия

Учитывая возрастающее число оперативных вмешательств у пациентов с хроническим панкреатитом, необходимым является анализ послеоперационных осложнений, влияющих на выбор способа оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней № 1 на базе Курской областной клинической больницы за период с 1998 по 2011 гг. 204 больным выполнены различные по объему радикальные оперативные вмешательства (79 – 38,7 %): гастропанкреатодуоденальная (33), операция Фрея (3), корпорокаудальная резекции (11), панкреатэктомия (2), продольная панкреатоеюностомия (18), цистоэнтеро- (7) и цистодуоденостомии (2), а также цистэктомии (3). В последние годы в клинике стали широко применять миниинвазивные вмешательства (125 – 61,3 %): перкутанное дренирование кист ПЖ (68 – 33,3 %), на смену которому пришло трансгастральное дренирование (57 – 28,0 %), логическим завершением которого стало эндоскопическое перемещение наружного конца дренажа в двенадцатиперстную кишку, то есть стентирование цистогастростомы. Данный метод позволил улучшить состояние пациента, снизить интенсивность течения хронического панкреатита вследствие купирования панкреатической гипертензии.

Результаты. Послеоперационный период у пациентов, перенесших «открытые» операции, осложнился: несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза у 4-х больных, холедохэнтероанастомоза – у 2-х; абсцессы подпеченочного и поддиафрагмального пространств – у 7 пациентов; послеоперационный панкреонекроз – в 2-х слу-

чаях. Осложнения в послеоперационный период у пациентов, перенесших «открытые» операции, составили 18,9 %. Послеоперационная летальность составила 5,1 % (4 больных). Непосредственной причиной смерти в 2-х случаях являлся крупноочаговый панкреонекроз и распространенный перитонит с полиорганной недостаточностью. В 2-х случаях причиной летальных исходов явилась тромбоэмболия лёгочной артерии.

Осложнения после перкутанного дренирования, такие как миграция дренажа (2), рецидив кисты с нагноением (6), рецидив кисты с прорывом содержимого в брюшную полость (2), перфорация кисты (1), ферментативный перитонит (4), гнойный панкреатический свищ (1), панкреонекроз (3), кровотечение в полость кисты (1), абсцесс поддиафрагмального пространства (1), стеноз главного панкреатического протока, наблюдали у 22 (17,6 %) больных. Послеоперационная летальность составила 0,8 %. Умер 1 пациент, которому было выполнено перкутанное дренирование инфицированной кисты тела и хвоста поджелудочной железы.

В 2011 году в клинике выполнены первые 4 резекции головки поджелудочной железы по Фрею. Следует отметить меньшую техническую сложность и травматичность данной операции в сравнении с гастропанкреатодуоденальной резекцией.

Заключение. Отмечая меньшее количество осложнений и низкую летальность при использовании миниинвазивных методик, следует учитывать их незначительную по продолжительности эффективность, требующую в дальнейшем использования резекционных методик.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кадошук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Винница, Украина

Цель исследования: улучшить профилактику и результаты лечения ранних послеоперационных осложнений у больных септическим острым деструктивным панкреатитом (СОДП), разработать патогенетически обоснованную комплексную терапию, органосохраняющие хирургические вмешательства и способы дренирования.

Материалы и методы. С 1975 по 2011 гг. наблюдали 876 больных СОДП в возрасте 18–73 лет. Мужчин было 758 (86,5 %), женщин – 118 (13,5 %). Важное значение в профилактике ранних послеоперационных осложнений имеет проведение

ранней комплексной консервативной терапии, которая предусматривала: 1) подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы и желудочной секреции, длительное лечебное голодание, декомпрессию желудка; 2) коррекцию волевых нарушений и расстройств микроциркуляции (инфузионная терапия под контролем центрального венозного давления и диуреза, введение онкотических средств, особенно альбумина, не менее 200 мл в сутки); 3) дезинтоксикация; 4) устранение болевого синдрома (аналгетики, не вызывающие спазм большого дуоденального

сосочка, глюкозо-новокаиновая смесь, внутривенное введение спазмолитиков, перидуральная анестезия); 5) устранение гипоксии; 6) возмещение энергетических затрат; 7) профилактика инфицирования ОДП (ранняя антебактериальная терапия, устранение пареза кишечника).

Результаты. Хирургическое лечение у 122 (13,9 %) больных с ОДП, выполняемое в ранние сроки заболевания (до 7 дней) с применением традиционных методов дренирования, оказалось неудовлетворительным, с летальностью 45,9 %.

С целью улучшения результатов лечения пациентов с СОДП были разработаны меры для профилактики и лечения ранних послеоперационных осложнений при выполнении оперативных вмешательств. У больных с СОДП производили тщательное удаление гнойно-некротических тканей, формирование общей закрытой полости для адекватного оттока гнойного содержимого и секвестров (А.с. 1168904), которую орошали 3% взвесью сорбента силикса (А.с. 1165400), обладающим наиболее высокой сорбционной емкостью относительно микробов и токсинов белковой природы. Это способствовало усилению ведущих механизмов детоксикации: связывание токсинов некротических тканей, блокируя их всасывание, и увеличение элиминации их из сосудистого русла. Завершали операцию дренированием ложа ПЖ (А.с. № 1286176) и, по показаниям, забрюшинного клетчаточного пространства (А.с. № 1292741) с применением спаренных (А.с. № 1109175) или каркасных (А.с. № 1217423) дренажных устройств, которые герметично закрывали в стерильный мешок или перчатку. Ирригоаспирация по дренажам, выпол-

няемая с использованием внутриполостной аппликационной сорбции, профилактировала аррозивное кровотечение (пат. № 2093159), обуславливала ускорение облитерации полости (пат. № 2021819).

Всего у 754 (86,1%) больных, подвергшихся анализу, возникло 539 (71,5 %) ранних послеоперационных осложнений: плевропульмональные осложнения возникли у 184 больных (в том числе экссудативный плеврит – у 91, панкреатогенная пневмония – у 20, отек легких – у 5 больных); ранние абдоминальные осложнения возникли у 54 больных (в том числе ферментативный перитонит – у 28, острые эрозии и язвы желудка – у 22, перфоративные язвы – у 2-х, синдром Мелори-Вейса – у 2-х, острая печеночная недостаточность – у 2-х, полиорганная недостаточность – у 87, желтуха – у 72, аррозивное кровотечение – у 21, панкреатогенная энцефалопатия – у 27, гипогликемическая кома – у 2-х); сердечно-сосудистые осложнения – у 102; почечные осложнения – у 101 больного (в том числе олигурия < 500 мм/сут. – у 92, острая почечная недостаточность – у 9); нагноение послеоперационной раны – у 83, эвентерация – у 2-х. Летальность составила 7,3 %.

Выводы

1. Хирургические вмешательства в ранней фазе острого панкреатита способствуют увеличению числа ранних послеоперационных осложнений и частоты гнойно-некротических поражений.

2. При выполнении хирургических вмешательств при СОДП необходимо тщательное удаление гнойно-некротических тканей, формирование общей закрытой полости для адекватного оттока гнойного содержимого и секвестров с последующей ирригоаспирацией 3% взвесью сорбента силикса.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРЯМЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кадошук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения при прямых операциях на поджелудочной железе (ПЖ) у больных с осложненным хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. С 1975 по 2011 гг. были выполнены прямые оперативные вмешательства на ПЖ у 727 больных. Мужчин было 619 (81,5 %), женщин – 108 (14,9 %), в возрасте 22–78 лет. Дооперационная диагностика включала УЗИ, ФГДС, КТ. Особое значение в определении характера поражения протоковой системы ПЖ у 47,8 % больных придавали эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Для профилактики обострения ХП в раннем послеоперационном периоде при выполнении прямых операциях на ПЖ 369 (50,8 %) больным назначали сандостатин в дозе 1,5–2 мг до операции, 3 мг в

день после операции в течении 5–7 суток. Для профилактики клинического обострения бронхиальной астмы назначали сорбент силикс в дозе 50–100 мг на кг веса пациента (А.с. № 1832030).

Результаты. У больных с поражением главного протока и паренхимы ПЖ клинические проявления характеризовались выраженным болевым синдромом, снижением массы тела от 9 до 24 кг и потерей трудоспособности. При поражении главного протока ПЖ с нарушением его дренирующей функции выполнены различные способы продольной панкреатоэюности у 544 (74,8 %) пациентов. В послеоперационном периоде возникло 379 различных осложнений. Особую опасность представляет аррозивное кровотечение при ретропанкреатических кистах ПЖ, которое не всегда ограничивается образованной полостью кисты, стенки которой

недостаточно сформированы, что способствует распространению излившейся крови по переднему забрюшинному пространству. В связи с анатомо-топографическими особенностями локализации селезеночной и воротной вен реализовать гемостаз при аррозивном кровотечении из них чрезвычайно трудно. Кроме того, имеется опасность рецидива кровотечения в послеоперационном периоде. В связи с этим для лечения и профилактики аррозивного кровотечения в полость ретропанкреатических кист и переднего забрюшинного пространства разработаны способы чрезпанкреатической продольной панкоэктомию с наружно-внутренним дренированием (А.с. № 806006).

Показанием к выполнению радикальных операций являлся характер поражения паренхимы ПЖ у 183 (25,2 %) больных. Для выбора способа резекции ПЖ интраоперационная диагностика предусматривала пункционную биопсию ПЖ (А.с. № 614791). Результаты проведенных исследований служили основанием к панкреатэктомии у 3-х больных, субтотальной резекции – у 27, панкре-

атодуаденальной резекции у 12, левосторонней резекции у 94, резекции хвоста – у 23 и сегментарной резекции – у 24 пациентов (А.с. № 762867). В послеоперационном периоде возникло 349 различных осложнений. Летальность составила 2,2 % (умерло 4 больных).

Выводы

1. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при прямых операциях на ПЖ по поводу осложненного ХП обеспечивает адекватный выбор хирургической коррекции и дренирования.

2. Применение сорбента силикса по показаниям в до- и послеоперационном периодах профилактирует обострение бронхиальной астмы, рецидивное кровотечение и развитие гнойно-некротического процесса.

3. Важное значение в профилактике ранних послеоперационных осложнений имеет адекватное дренирование ложа ПЖ (А.с. № 1286198), переднего забрюшинного пространства (А.с. № 1295741) с применением разработанных спаренных дренажных устройств (А.с. № 1109175).

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ОПИСТОРХОЗА

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.

БУХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты лечения, выявить специфические осложнения при резекциях печени.

Материалы и методы. С 2001 года на базе специализированного хирургического отделения пролечено 208 пациентов с очаговыми поражениями печени (120 женщин и 88 мужчин в возрасте от 22 до 76 лет). Доброкачественные опухоли, кисты, абсцессы печени выявлены у 146 пациентов, злокачественные новообразования – у 62 больных. До операции наличие описторхозной инвазии и паразитарное поражение желчных протоков отмечено у 98 (47,1 %) пациентов (данные лучевых методов диагностики, копроскопии, ИФА). Выполнено 117 резекций печени: большие и обширные резекции печени выполняли при первичном и метастатическом опухолевом поражении (58 пациентов); сегментэктомии проводили при доброкачественных опухолях и у пациентов с одиночными метастазами колоректального рака, при соблюдении границы резекции более 1,5 см от края опухоли (27 пациентов); неанатомические резекции, в том числе, перицистэктомии, выполняли у пациентов с паразитарными кистами и при поликистозе органа, периопухолевые Nabiv-резекции – при билобарном метастатическом поражении печени (32 пациента).

Во время вмешательств применяли современные технологии гемобилиостаза, предупреждения и своевременного восполнения кровопотери,

обязательное дренирование билиарной системы с проведением гидропробы при больших и обширных резекциях печени, профилактику инфекционных и тромбоземболических осложнений.

Результаты. Специфические осложнения во время вмешательств и раннем послеоперационном периоде имели место в 54 (25,9 %) случаях. Основную группу в структуре осложнений составили билиарные – 38 (70,4 %), интраоперационное кровотечение с кровопотерей более 30% ОЦК – 14 (25,9 %), острая печеночная недостаточность – 2 (3,7 %).

При анализе билиарных осложнений у 26 (68,4 %) пациентов подтверждена описторхозная инвазия. Желчеистечение по дренажам брюшной полости отмечено у 6 пациентов после анатомических резекций и у 14 пациентов после неанатомических резекций печени. Желчные свищи, потребовавшие повторных реконструктивных вмешательств, отмечены у 2-х пациентов после обширных резекций. Отграниченные желчные скопления (биломы) зоны резекции санированы пункционно-дренажными методами с использованием ультразвуковой навигации у 15 пациентов, релапаротомия потребовалась в одном случае.

Геморрагические осложнения явились причиной летального исхода у 2-х больных при обширных правосторонних резекциях по поводу опухолевого поражения с вовлечением печеночных вен и нижней полой вены, повлияли на течение послеоперационного периода у 3-х пациентов, явились причиной

печеночной недостаточности у 1 больного (кровопотеря более 70 % ОЦК).

Острая печеночная недостаточность при обширных резекциях печени на фоне множественных абсцессов правой доли печени и при эхинококкозе купирована с использованием экстракорпоральных методов детоксикации.

Выводы

1. Описторхозная инвазия обуславливает диффузное поражение печеночных протоков, развитие

папиллита, что несомненно влияет на развитие билиарной гипертензии и увеличивает риск билиарных осложнений после резекций печени.

2. Использование современных технологий гемо-билиостаза, восполнения кровопотери, адекватное дренирование билиарной системы значительно снижают число осложнений.

3. Предпочтительно выполнение анатомических резекций печени по показаниям.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Климов А.Е., Габоян А.С., Малюга В.Ю., Федоров А.Г., Бархударов А.А., Давыдова С.В., Черепанова О.Н., Шульга И.В.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Материалы и методы. С 1986 по 2010 гг. в хирургической клинике РУДН на базе ГКБ № 64 был прооперирован 321 пациент с раком органов билиопанкреатодуоденальной области, из них радикальные операции удалась выполнить у 84 (26,2 %) пациентов. Объем радикальных вмешательств у данных больных был следующим: гастропанкреатодуоденальная резекция по разработанной в клинике оригинальной методике выполнена в 82 (97,6 %) случаях и тотальная панкреатодуоденэктомия – в 2-х (2,4 %) случаях. Явления механической желтухи отмечали у 71 (84,5 %) из них. Предоперационная декомпрессия билиарного тракта различными способами была произведена в 40 (56,3 %) случаях. Остальные 31 (43,7 %) пациент были оперированы радикально без предварительного купирования явлений механической желтухи.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде после гастропанкреатодуоденальной резекции различные осложнения развились у 21 (25,0 %) больного. При этом специфические осложнения возникли у 18 (21,4 %) больных. Наиболее частым осложнением был панкреонекроз, развившийся у 11 (52,3 %) больных. На этом фоне несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза была у 5 (23,8 %) больных, несостоятельность панкреатико- и гепатикоэнтероанастомозов – у 1 (4,7 %) больного и несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза – в 1 (4,7 %) случае.

Частоту и характер послеоперационных осложнений проанализировали как в группе больных с дооперационным дренированием желчных путей, так и среди пациентов, которые были радикально оперированы на фоне имеющихся проявлений механической желтухи. Статистический анализ частоты осложнений в зависимости от степени

тяжести механической желтухи, наличия или отсутствия дооперационного билиарного дренирования показал, что в группе больных с дооперационной декомпрессией билиарного тракта общее число послеоперационных осложнений практически в 2 раза ниже, чем среди больных, оперированных на фоне механической желтухи (15 % и 32,3 % соответственно, точный критерий Фишера, $p = 0,0753$). Такая же закономерность прослеживается и в зависимости от степени тяжести желтухи.

Анализируя осложнения, возникшие после гастропанкреатодуоденальной резекции со стороны панкреатодигестивного анастомоза, была выявлена определенная зависимость этих осложнений от метода обработки культи поджелудочной железы. В группе больных со сформированным панкреатикоэнтероанастомозом с наружной панкреатикостомией, частота специфических осложнений значительно меньше, чем у тех пациентов, у которых панкреатикоэнтероанастомоз формировали без наружного дренирования главного панкреатического протока (8,7 % и 26,1 % соответственно, $p = 0,0690$, точный критерий Фишера).

Заключение. Предоперационное дренирование желчных путей с целью купирования механической желтухи перед радикальной операцией способствует снижению уровня послеоперационных осложнений в сравнении с больными, которые были оперированы на фоне механической желтухи (с 32,3 до 15 %). Применение наружного дренирования панкреатического протока при формировании панкреатикоэнтероанастомоза на реконструктивном этапе гастропанкреатодуоденальной резекции приводит к снижению числа специфических осложнений в послеоперационном периоде (с 26,1 до 8,7 %).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Прокопьев М.В., Ильичева Е.А., Елисеев С.М., Александрова Е.В., Лепехова С.А., Прокопьева Н.И.

*ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия
ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия*

Клиника обладает опытом оперативного лечения пациентов с осложненным хроническим панкреатитом ($n = 322$), раком поджелудочной железы ($n = 43$), инсулиномами интрапанкреатического расположения ($n = 9$); а также 392 пациентов с очаговыми образованиями печени различной природы.

Исход лечения пациентов во многом определялся наличием или отсутствием осложнений: интраоперационные кровотечения и кровотечения в раннем послеоперационном периоде, образование локальных скопления в брюшной полости, развитие острой послеоперационной печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

Для хирургического лечения пациентов с очаговыми образованиями печени была предложена технология прогнозирования, профилактики и коррекции интраоперационной кровопотери: разработан хирургический доступ, технология уменьшения кровопотери при энуклеации гемангиом печени, технология завершения обширных операций на печени, разработана методика повторных операций после анатомических резекций печени, с учетом послеоперационной гипертрофии и гиперплазии печени и пространственного перемещения элементов гепатодуоденальной связки.

Для пациентов с опухолями поджелудочной железы и хроническим панкреатитом унифицирована методика выполнения панкреатодуоденальной резекции с формированием всех анастомозов на одной петле кишки и скрытым дренированием панкреатикоэнтероанастомоза, что позволяет предотвращать развитие послеоперационного панкреонекроза у большинства пациентов.

Были разработаны принципы этапного хирургического лечения хронического панкреатита, в

зависимости от наличия клинических проявлений в виде механической желтухи, кровотечения в кисту, наличия воспалительного инфильтрата, признаков портальной гипертензии с подпеченочным блоком: способ предотвращения кровопотери при кровотечении в кисту поджелудочной железы, временное портосистемное шунтирование при подпеченочном блоке портального кровотока.

Развитие острой печеночной недостаточности у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы было обусловлено наличием исходной портальной гипертензии с подпеченочным блоком, спленэктомией при дистальных резекциях поджелудочной железы, развитием гнойных осложнений – перитонита и панкреонекроза.

На основе данных о пространственном перемещении культи печени после правосторонних гемигепатэктомий в послеоперационном периоде была предложена технология дренирования локальных скоплений жидкости и полостей, что позволило не выполнять повторных операций по поводу гнойников верхнего этажа брюшной полости.

Заключение. Применяемые хирургические приемы при выполнении операций на печени и поджелудочной железе позволили существенно улучшить результаты лечения этих категорий пациентов, уменьшить послеоперационную летальность при лечении больных с очаговыми образованиями печени до 0 %, число послеоперационных кровотечений – до 0 %, развитие острой послеоперационной печеночной недостаточности – до 0 %, формирование послеоперационных локальных скоплений и гнойников – до 7,5 %. При лечении пациентов с заболеваниями поджелудочной железы послеоперационная летальность составила 3 %, послеоперационные осложнения – 10,6 %.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИЛОМ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Котельникова Л.П., Будянская И.М., Белякова Я.В.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Несмотря на заметное снижение частоты легочных, инфекционных, геморрагических осложнений и даже печеночной недостаточности, частота билиарных осложнений после резекций печени последние годы практически не изменилась и составляет 3–30 %.

Цель исследования: оценить эффективность миниинвазивных способов лечения биллом печени.

Материалы и методы. Изучено течение послеоперационного периода у 147 больных после обширных и малых резекций печени по поводу очаговых

заболеваний печени. Для определения скоплений жидкости около культи печени использовали УЗИ печени и по показаниям – КТ.

Результаты. В первые трое суток примесь желчи в отделяемом по контрольному дренажу отмечали у 20 % больных в объеме до 100 мл. Дренажи удаляли в среднем на 3–7 сутки послеоперационного периода. Билиарные осложнения в виде ограниченного скопления желчи около культи печени развились в 6,1 % случаев. При выполнении УЗИ в послеоперационном периоде на 7–14 сутки у 6 больных диагностированы биломы объемом от 80 до 600 мл, что сопровождалось умеренными болями в правом подреберье, повышением температуры тела до субфебрильных цифр, лейкоцитозом. У всех этих пациентов после операции примесь желчи в отделяемом по контрольным дренажам отсутствовала, они были удалены до выявления билом. У 3-х из 9 больных биломы были диагностированы после выписки из стационара через 1–2 месяца. Чаще биломы выявляли у пациентов после обширных резекций (гемигепатэктомии справа – 5, слева – 1) и реже, у больных после резекций малого объема (бисегментэктомии – 2, перистэктомии – 1). Независимым фактором риска развития билиарных осложнений служат правосторонние обширные резекции печени (–0,08, 95 % ДИ –0,14–0,014).

Для ликвидации билом у всех пациентов использовали мининвазивные вмешательства под

контролем УЗИ. Под местной анестезией сначала производили пункцию под контролем УЗИ, затем дренирование биломы катетером 1,4–1,6 F. Обычно дренаж устанавливали чуть ниже реберной дуги или IX–X межреберья по среднеключичной, передней или среднеподмышечной линиям справа. Ежедневно контролировали количество желчи по дренажу. Для определения связи полости биломы с желчными протоками выполняли чресфистульную холангиографию. Только у 2-х пациентов обнаружено поступление контраста в желчевыводящие пути: через культю правого долевого протока и через субсегментарные желчные протоки. У 6 пациентов из 9 желчеистечение самостоятельно прекратилось через 10–14 дней, после чего дренаж был удален. У 2-х сформировался неполный свищ с ежедневным выделением 100–150 мл желчи, который также закрылся самостоятельно через 2–3 мес. Одна пациентка оперирована по поводу послеоперационной грыжи, полость биломы была санирована симультанно.

Выводы

1. Пункция и дренирование ограниченного скопления желчи под контролем УЗИ служит малотравматичным и эффективным способом лечения билом печени.

2. Выполнение фистулографии через дренаж биломы позволяет определить причину ее формирования.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Свитина К.А., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Козлов И.А., Казаков И.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Послеоперационный панкреатит (ПП) является одним из самых тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений в абдоминальной хирургии. Частота развития ПП после операций на поджелудочной железе (ПЖ) может превышать 50 %. Большинство авторов рассматривают ПП, как одну из главных причин возникновения несостоятельности швов панкреатодигестивных анастомозов, аррозионных внутрибрюшных кровотечений и панкреатических свищей. Летальность при деструктивных формах послеоперационного панкреатита достигает 85 %.

Цель исследования: определить основные причины развития ПП, его ранние клинические, биохимические проявления, а также принципы профилактики и лечения.

Материалы и методы. В период 2007–2009 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского по поводу заболеваний ПЖ оперировано 302 больных. Опухоли ПЖ были у 166 (55 %), осложненные формы хронического панкреатита – у 136 (45 %) больных.

Послеоперационный панкреатит ПП возник у 178 (58,9 %) пациентов (из них отечная форма ПП была у 105 (59 %), панкреонекроз – у 73 (41 %) больных). Диагностика ПП основывалась на клинических проявлениях, а также данных инструментальных (УЗИ, КТ) и лабораторных (уровень амилазы крови, в отделяемом из дренажей) методов исследования. Лечение ПП включало интенсивную инфузионную и спазмолитическую терапию, превентивное введение антибактериальных препаратов, стимуляцию моторной функции кишечника. При угрозе развития полиорганной недостаточности использовали методы экстракорпоральной детоксикации. При возникновении аррозионных кровотечений, послеоперационного перитонита выполняли экстренные операции. Тяжесть возникших осложнений оценивали по классификации Dindo (2004).

Результаты. ПП после операций на ПЖ развился в 58,9 % наблюдений: в том числе при мало измененной паренхиме ПЖ – у 77,4 %, при выраженных склеротических изменениях паренхимы железы – у

11,8 % больных. Консервативная терапия была эффективна у 105 (60 %) больных с отечной формой ПП. При развитии панкреонекроза (у 73 пациентов) неизбежно развились внутрибрюшные осложнения: наиболее тяжелыми явились несостоятельность швов анастомозов у 28 (38,3 %) больных, аррозийные кровотечения – у 18 (24,6 %). Летальность составила 9,5 % (17 больных).

Заключение. ПП является частым осложнением после операций на ПЖ, возникающим в 58,9 % случаев. Причиной ПП является интраоперационная травма ПЖ: при малоизмененной паренхиме ПЖ вероятность возникновения ПП значительно выше, чем при выраженных склеротических изменениях паренхимы. Послеоперационный

панкреонекроз неизбежно приводит к возникновению несостоятельности швов анастомозов при панкреатодуоденальных резекциях и резекциях головки ПЖ и панкреатических свищей при дистальных резекциях. Проведенное исследование дает основание заключить, что перспектива в улучшении результатов заключается в уменьшении числа послеоперационных осложнений, что может быть достигнуто совершенствованием техники вмешательства, а также профилактикой, ранней диагностикой и лечением внутрибрюшных осложнений послеоперационного периода. Лечение внебрюшных осложнений является комплексной задачей и проводится одновременно с профилактикой их развития.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Кульчиев А.А., Морозов А.А., Карсанов А.М., Тигиев С.В.

Кафедра хирургии ФГДО ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Владикавказ РСО-Алания, Россия

Введение. Несмотря на то, что в последние годы послеоперационная летальность при ПДР снизилась до 5–20 %, по-прежнему, остается высоким уровень послеоперационных осложнений, достигающий 40–70 % (Патютко Ю.И., 2007; Габоян А.С., 2008). По мнению большинства исследователей, основные причины послеоперационной летальности: панкреатит культы поджелудочной железы, несостоятельность панкреатикоюностомоза (ПЕА), гепатикоюноанастомоза, печеночная и печеночно-почечная недостаточность. Так по данным Н.Г. Veget с соавт. (2004) и Ю.И. Патютко с соавт. (2007), частота несостоятельности ПЕА достигает 14–30 %, при этом почти в 50 % наступает летальный исход.

Для профилактики несостоятельности ПЕА предложено множество методов обработки культы поджелудочной железы, восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта последовательностью наложения анастомозов на петле тонкой кишки, тем не менее, результаты не удовлетворяют хирургов.

Цель исследования: улучшение результатов ПДР путем использования полного наружного дренирования вирсунгианова протока при ПЕА.

Материалы и методы. В исследование включено 15 больных, которым при выполнении ПДР применяли следующую методику профилактики несостоятельности ПЕА. ПЕА накладывали на выключенной по Ру петле, конец-в-бок, с полным наружным дренированием вирсунгианова протока. Перед формированием ПЕА в просвет пересеченного вирсунгианова протока вводили катетер на глубину до 6 см, с предварительным прошиванием вирсунгианова протока по периметру викрилом 4-0.

Катетер в вирсунгиановом протоке фиксировали затягиванием нитки и создавали герметичность вокруг катетера. Затем формировали заднюю стенку ПЕА конец-в-бок. После катетер, расположенный в вирсунгиановом протоке, проводили в просвет отводящей петли кишки на протяжении 20–25 см, заканчивали формирование передней стенки ПЕА, анастомоз формировали однорядными узловыми швами – викрил 4-0. После этого, катетер, проведенный в просвет тонкой кишки на расстоянии 22–25 см от ПЕА, через прокол стенки кишки выводили из просвета. В этом месте кисетным швом катетер фиксируется к стенке кишки, затем через прокол в боковой стенке живота. Катетер выводили из брюшной полости наружу. Кишку с катетером фиксировали к боковой стенке брюшины 4-мя швами. Таким образом, создавали полную декомпрессию ПЕА, а секрет поджелудочной железы полностью, минуя анастомоз, выводили наружу.

Адекватностью полной декомпрессии анастомоза, является количество выделяемого за сутки секрета поджелудочной железы. Кроме этого, по цвету и количеству выделяемого секрета можно судить о наличии или отсутствии послеоперационного панкреатита. Катетер из вирсунгианова протока удаляется на 12–14 сутки после операции.

Результаты. После применения вышеописанной методики профилактики несостоятельности ПЕА у больных при ПДР ни у одного из них осложнений в виде несостоятельности ПЕА не было отмечено.

Вывод. Выполнение ПЕА на выключенной петле по Ру, с полной декомпрессией вирсунгианова протока после ПДР может служить профилактикой несостоятельности ПЕА.

ДІАГНОСТИКА І ЛІЧЕННЯ ПОСЛЕОПЕРАЦІОННИХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНІЙ

Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М.

Таджикський державний медичний університет ім. Абуалі ібні Сіно, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Проанализирован опыт диагностики и лечения 142 больных с послеоперационными желчеистечениями, находившихся на лечение в клинике хирургических болезней №1 с 2000 по 2012 гг. Мужчин было 62 (43,7 %), женщин – 80 (56,3 %). Возраст пациентов был в пределах от 24 до 78 лет. Согласно разработанной в клинике классификации в 75 (52,8 %) наблюдениях желчеистечения развилось после плановых ($n = 39$) и неотложных оперативных ($n = 36$) вмешательств.

Для диагностики послеоперационного желчеистечения больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования: УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, ЧЧХ, фистулография, МРТ и т.д.

Результаты. Кардинальным симптомом развившегося осложнения являлось выделение желчи через установленные дренажи наружу у 102 (71,8 %) больных и внутрибрюшное желчеистечение – в 40 (28,2 %) случаях. Выделение желчи начинали наблюдать в первые часы после операции у 58 % пациентов, позднее развитие желчеистечения на 7–12 сутки отмечено в 42 % случаев. При тяжелых степенях выраженности желчеистечения в 24 % отмечали падение числа лимфоцитов и уровня общего белка крови за счет альбуминовой фракции, калия, натрия, хлора. Параллельно с этим в 19 % случаев отмечали повышение уровня билирубина крови и содержания цитолитических ферментов. Для дифференциальной диагностики послеоперационного желчеистечения и желчного перитонита в 18 наблюдениях определяли уровень белков острой фазы воспаления прокальцитонина и С-реактивного белка, которые во всех случаях при наличии желчеистечения находились в пределах нормы.

УЗИ в 40 (28,2 %) случаях позволило определить наличие свободной жидкости (желчи) в подпеченочном пространстве и в отлогах местах брюшной полости, а у пациентов с желчеистечением после операций на печени в 31 % наблюдений диагностировали жидкостные скопления в остаточных послеоперационных полостях печени. При желчеистечении из магистральных желчных протоков, особенно после операций на желчевыводящей системе, в 26 % случаев выявляли ещё 2 ультразвукографические признаки внутрибрюшного желчеистечения. Диагностическая видеолaparоскопия была проведена в 19 наблюдениях, что во всех случаях позволило эффективно верифицировать источник желчеистечения и его причины. Для диагностики локализации и источника желчеистечения ЭРХПГ выполняли в 12 наблюдениях, фистулография – в 8 и МРТ – в 4-х.

При легкой степени тяжести ($n = 97$) желчеистечения каких-либо специальных методов лечения не проводили и желчеистечение самостоятельно прекращалось. При средней степени тяжести ($n = 33$) желчеистечения проводили консервативную терапию и малоинвазивные вмешательства. Пациентам с тяжелой степенью тяжести ($n = 12$) желчеистечения выполнялись повторные оперативные вмешательства.

Выводы. Высокоинформативными методами диагностики источника, локализации и причины послеоперационного желчеистечения являются ЭРХПГ и видеолaparоскопия. При легкой степени тяжести желчеистечения, отсутствии перитонита и желчной гипертензии целесообразна консервативная терапия. При средней и тяжелой степени тяжести желчеистечения и наличии желчной гипертензии, необходимы по показаниям эндоскопические, либо хирургические методы коррекции.

РЕЛАПАРОСКОПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М.

Таджикський державний медичний університет ім. Абуалі ібні Сіно, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуалі ібні Сіно на базе ГKB СМП г. Душанбе за последние 15 лет на лечение находились 180 пациентов с послеоперационными осложнениями (ПО) оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях, опе-

рированные в клинике ($n = 53$) и в других лечебных учреждениях Республики Таджикистан ($n = 127$). Мужчин было 78 (43,3 %), женщин – 102 (56,7 %). Возраст пациентов был в пределах от 28 до 74 лет. Для диагностики ПО больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ и видеолaparоскопию.

Результаты. После выполнения плановых оперативных вмешательств на печени ПО имело

место в 37 (20,5 %) случаях, после неотложных – у 143 (79,5 %) пациентов. Неотложные оперативные вмешательства на желчном пузыре и протоках выполнены в 157 (87,2 %) случаях, в том числе плановых – 27 (17,2 %). Наряду с выявлением источника локализации и причины внутрибрюшного желчеистечения при релапароскопии в 11 наблюдениях для ликвидации желчной гипертензии производили ещё и ЭПСТ, коагуляцию желчного свища остаточной полости эхинококковых кист производили в 4-х случаях. Реклипирование пузырного протока ($n = 5$) и повторное установление выпавших дренажей ($n = 2$) в сочетании с ЭПСТ выполнено в 7 наблюдениях. Конверсия после лапароскопии произведена в различные варианты эндоскопической санации брюшной полости ($n = 20$) в сочетании с повторным прошиванием, коагуляцией ложа желчного пузыря ($n = 9$), культы печени ($n = 4$) и трансдуоденальным эндопротезированием холедоха при «малых» повреждениях общего желчного протока ($n = 2$). Эндохирургические технологии позволили установить причину желчеистечения и определить показания к релапаротомии в 15 наблюдениях. Послеоперационный желчный перитонит (ПЖП) в 35 наблюдениях являлся показанием к выполнению релапароскопии. При этом по данным лапароскопии в 15 случаях ставили показания к релапаротомии, лапароскопические операции при распространенном и ограниченных формах ПЖП выполнили в 20

наблюдениях. Лапароскопическую санацию брюшной полости успешно выполнили в 20 наблюдениях, причину ПЖП не удалось устранить у 6 (30 %) больных. Остальным ($n = 15$) больным выполняли релапаротомию и санацию брюшной полости, в 6 случаях из 15 на завершающем этапе операции установили фистулы для проведения динамической лапароскопии. Переход на лапаротомию понадобился у 6 пациентов с обширными поддиафрагмальными абсцессами ($n = 4$) и множественными мелкостенными абсцессами ($n = 2$). В послеоперационном периоде осложнения в виде нагноения послеоперационных ран отмечали в 8 (4,4 %) наблюдениях и желчеистечение – в 4-х (2,2 %). Летальных исходов, связанных эндохирургическими вмешательствами, не отмечено.

Выводы. Релапароскопия в лечении послеоперационных осложнений является окончательным методом лечения, позволяющим в 77,2 % случаев выполнить вмешательство, не прибегая к релапаротомии. У 10,5 % пациентов эндовидеохирургические технологии позволили выполнить некоторые элементы операции и перейти в последующем к минилапаротомии, уменьшая инверсивность повторных операций.

Таким образом, применение лапароскопических технологий в послеоперационном периоде позволяет улучшить результаты хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИЯХ ТОНКОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Лубянский В.Г., Жариков А.Н.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Актуальность. Особые трудности в хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза возникают при развитии поздних осложнений, связанных с перфорацией полых органов, образованием несформированных кишечных свищей, прогрессированием послеоперационного перитонита (Григорьев Е.Г. с соавт., 2008; Савельев В.С. с соавт., 2009).

Материалы и методы. В клинике обследован и оперирован 41 больной с инфицированным панкреонекрозом, послеоперационный период у которых осложнился перфорацией стенки тонкой или ободочной кишки. Мужчин было 29 (70,7 %), женщин – 12 (29,3 %). Средний возраст составил $46,1 \pm 0,8$ лет. Число программированных релапаротомий в клинике до развития этих осложнений варьировало в пределах от 1 до 5 ($3,4 \pm 0,3$). Все больные обследованы с применением динамической компьютерной томографии брюшной полости.

Результаты. Из общего числа пациентов у 14 (58,3 %) возникли острые перфорации различных

отделов ободочной кишки. Наиболее часто они возникали у пациентов с забрюшинными флегмонами вследствие аррозии стенки поперечно-ободочной или сигмовидной кишки. При ревизии было отмечено, что на фоне длительного гнойно-некротического процесса в забрюшинной клетчатке и многократных санаций брыжейка ободочной кишки вовлекалась в инфильтрат и укорачивалась. Также инфильтрировалась и кишечная стенка, с формированием венозного полнокровия слизистой оболочки, являющегося фактором риска в возникновении перфораций. Ушивание дефекта или выведение петлевой колостомы (трансверзостомы, сигмостомы) в этих ситуациях не всегда оказалось возможным. Ушивание перфоративного отверстия ободочной кишки выполнено 4 (28,6 %) больным и выведение проксимальной колостомы – 3 (21,4 %). У всех больных с ушиванием ободочной кишки наступила несостоятельность швов, а выведение колостомы у 2-х из них осложнилось ее дислокацией в брюшную полость и образованием дополнительных свищей.

Наиболее приемлемым вариантом лечения являлось выключение из пассажа кишечной фистулы путем наложения илеостомы вследствие хорошей мобильности подвздошной кишки. У 7 больных с несформированными свищами ободочной кишки было выполнено наложение илеостомы из отдельного доступа в правой подвздошной области. Летальность составила 28,6 % (умерло 2 больных). Всего же среди 14 больных с несформированными свищами ободочной кишки летальность составила 57,1 % (умерло 8 больных).

У 27 (65,9 %) пациентов из обследованных с инфицированным панкреонекрозом в отдаленном послеоперационном периоде возникли острые перфорации различных отделов тонкой кишки, что послужило поводом к проведению релапаротомии. Во время операции 17 больным выполнена попытка первичного ушивания дефекта стенки тонкой кишки, что в итоге у 12 закончилось несостоя-

тельностью швов с проведением дополнительных резекций пораженных участков кишки. Летальность составила 58,8 %.

У 10 пациентов при перфорациях тонкой кишки были использованы резекции с наложением межкишечных анастомозов (энтероэнтероанастомоз, илеотрансверзоанастомоз). Умерло 2 (20 %) больных.

Заключение. Возникновение острых перфораций тонкой, ободочной кишки у больных с инфицированным панкреонекрозом является грозным осложнением, составляющим летальность 48,8 %. Наиболее эффективным способом хирургического лечения несформированных толстокишечных свищей является их отключение путем выведения петлевой илеостомы. Попытки ушивания острых перфораций тонкой кишки в отдаленном периоде течения панкреонекроза в 70,6 % случаев заканчиваются несостоятельностью кишечных швов, что заставляет в ряде случаев прибегать к резекции кишки.

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Гасанов А.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

Цель исследования: анализ интра- и послеоперационных осложнений оперативных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Дагестанской государственной медицинской академии выполнено 113 оперативных вмешательств на ПЖ при различных доброкачественных его заболеваниях, из них панкреатодуоденальная резекция (ПДР) в 27 наблюдениях при хроническом панкреатите (ХП) головки ПЖ (21) и кистозном образовании в проекции головки ПЖ (6); дистальная резекция ПЖ при кистозных образованиях в корпоркаудальном отделе ПЖ – в 24; субтотальная резекция головки ПЖ с продольным панкреатоюнональным анастомозом при ХП – в 15; субтотальная резекция головки ПЖ с проксимальным панкреатоюнональным анастомозом при ХП – в 10; перкутанное дренирование псевдокисты ПЖ под УЗ-наведением – в 8; наружное дренирование псевдокисты из мини доступа – в 7 и внутреннее дренирование псевдокисты путем наложения цистоюноанастомоза – в 22 наблюдениях.

Результаты. Интраоперационное кровотечение имело место в 2-х (1,8 %) наблюдениях. В одном случае при ПДР из верхнебрыжеечной вены, в другом при субтотальной резекции головки ПЖ – из гастродуоденальной артерии. Интраоперационное кровотечение было остановлено в одном случае (гастродуоденальная артерия) путем перевязки сосуда, а в другом – наложением сосудистого шва на стенку верхнебрыжеечной вены. Пациентам с кро-

вотечением проводили интенсивную комплексную консервативную терапию, и во всех наблюдениях было отмечено выздоровление.

В раннем послеоперационном периоде возникло 16 (14,2 %) осложнений: кровотечения в желудочно-кишечный тракт – 3 (2,6 %), несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза – 4 (3,5 %), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 1 (0,8 %), послеоперационный панкреатит – 6 (5,3 %), формирование парапанкреатического абсцесса – 2 (1,8 %). Наиболее часто осложнения наблюдали при субтотальной резекции головки поджелудочной железы: интраоперационное кровотечение – у 1, послеоперационное кровотечение – у 2-х, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза – у 2-х пациентов.

При несостоятельности анастомоза отделяемое полностью улавливалось страховочными дренажами и при этом релапаротомия не понадобилась. В 2-х наблюдениях имел место распространенный перитонит, в одном случае выполнили релапаротомию и в одном был летальный исход. Пациентам с парапанкреатическими абсцессами выполнено перкутанное дренирование гнойников под УЗ-наведением (наступило выздоровление). В случаях послеоперационного панкреатита релапаротомия проведена 4 пациентам, умерло двое больных. Послеоперационная летальность составила 2,6 %.

В позднем послеоперационном периоде у 5 (4,4 %) пациентов возникла механическая жел-

туха: после субтотальной резекции головки ПЖ с продольным панкреатоюноанастомозом – 2 и после субтотальной резекции головки ПЖ с проксимальным панкреатоюноанастомозом – 2.

Желтуха была разрешена путем наложения билиодигестивного анастомоза.

Заключение. Меньше всего ранних и поздних послеоперационных осложнений отмечено после ПДР и дистальной резекции ПЖ.

НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Гасанов А.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

Введение. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения хронического панкреатита, в основном, связаны с неустраненным воспалительным процессом в головке поджелудочной железы (ПЖ), поэтому многие хирурги предпочитают отдавать проксимальной резекции ПЖ. Однако при этом нередко наблюдают послеоперационные осложнения типа несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов. С целью их профилактики предложены различные варианты формирования анастомозов, технические приемы и ряд консервативных мероприятий.

Цель исследования: уменьшение послеоперационных осложнений при проведении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) больным с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполнения ПДР у 18 пациентов с хроническим панкреатитом, из них 9 больным ранее были выполнены дренирующие операции по поводу осложнений хронического панкреатита. Мужчин было 14 (77,8%), женщин – 4 (22,2%). Сроки наблюдения до выполнения ПДР – Me = 17,9 [4; 33] месяцев. На реконструктивно-восстановительном этапе ПДР билио- и панкреатодигестивные анастомозы были

сформированы на «каркасных» длинных дренажах, концы которых выводили на брюшную стенку через просвет изолированной по Ру петли тощей кишки в виде микроэнтеростомы.

Результаты. Оценку результатов ПДР при хроническом панкреатите провели по количеству и характеру послеоперационных осложнений. После выполнения ПДР зарегистрированы следующие осложнения: раневая инфекция – в 2-х (11,1%) наблюдениях, жидкостные скопления в зоне операции, которые были ликвидированы путем перкутанных пункций под УЗ-наведением – в 2-х (11,1%) случаях. Несостоятельность анастомозов и обострение воспалительного процесса в оставшейся ПЖ не отмечены. Летальных исходов также не было отмечено. Гастроэнтеростаз разрешился на $7,2 \pm 1,1$ сутки. В сроки наблюдения до 2-х лет стеноз билио- и панкреатодигестивных анастомозов не имел место.

Заключение. Наружное отведение желчи и панкреатического сока с помощью установленных в протоках дренажей на период заживления анастомозов практически исключает возникновение несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов и сводит летальность после ПДР до нуля.

ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ГНОЙНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Миронов В.И., Шелест П.В., Майсаков Б.Б.

МУЗ г. Сочи Городская больница № 5, Сочи, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия

Инфекционно-токсический шок является тяжелым системным осложнением крупномасштабного панкреонекроза. Развившись в раннем послеоперационном периоде, он не только усугубляет течение основного заболевания, но в 45–80% случаев становится фатальным для пациента.

Цель исследования: изучить факторы, способствующие развитию инфекционно-токсического шока в раннем послеоперационном периоде при гнойном панкреонекрозе.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета и

в хирургическом отделении больницы №5 г. Сочи накоплен опыт хирургического лечения 121 пациента с панкреонекрозом, инфицированная форма заболевания имела место у 63 (52,1%) из них. Показаниями к операции в группе инфицированного некроза были массивные гнойно-некротические поражения забрюшинной клетчатки (40), разлитой гнойный панкреатогенный перитонит (16), ограниченные скопления гноя в брюшной полости (7). Пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: некрсеквестрэктомия в сочетании с абдоминализацией поджелудочной желе-

зы – 37 наблюдений; корпорокаудальная резекция органа и некрсеквестрэктомия – в 10; некрсеквестрэктомия – в 9; дренирование изолированных гнойных затеков брюшинной клетчатки – в 7. Хирургическая тактика предусматривала однократное исчерпывающее оперативное вмешательство с последующими релапаротомиями «по требованию» в 39 наблюдениях. Этапную хирургическую тактику использовали при лечении в 24 наблюдениях.

Результаты. В группе пациентов, оперированных по поводу гнойного панкреонекроза, инфекционно-токсический шок в раннем послеоперационном периоде развился у 13 (20,6 %) пациентов. Во всех наблюдениях угроза развития бактериальной генерализации получала реализацию при наличии сформированных массивных инфицированных расплавлений парапанкреатической клетчатки в исходе крупномасштабного панкреонекроза, если оперативные вмешательства выполняли на фоне картины состоявшегося тяжелого сепсиса. В группе пациентов, у которых хирургическое лечение стремились ограничить однократным вмешательством (39), шок развился в 11 (28,2 %) наблюдениях, в тех ситуациях, когда операции носили обширный и травматичный характер, предусматривали одномоментное раскрытие больших гнойных скоплений в брюшной полости и брюшинной клетчатке. Внедрение этапного принципа в хирургическое лечение панкреонекроза позволило снизить угрозу развития бактериального шока. В группе, где применяли этапные хирургические санации (24), первич-

ную операцию, по возможности, минимизировали и выполняли лишь дренирование гнойных скоплений в брюшинной клетчатке и сальниковой сумке. Исчерпывающие по объему оперативные вмешательства выполняли на более поздних этапах хирургического лечения, после стабилизации состояния пациентов и соответствующей целенаправленной антибактериальной терапии. В группе пациентов, подвергнутых этапным санациям, инфекционно-токсический шок в послеоперационном периоде развился в 2 (8,3 %) наблюдениях.

При возникновении картины инфекционно-токсического шока пациентам выполняли реанимационные мероприятия, опирающиеся на возможности комплексной интенсивной терапии, современные лекарственные средства и мощные антибактериальные препараты. Однако, несмотря на проводимое полноценное комплексное лечение, в 8 из 13 наблюдений (61,5 %) инфекционно-токсический шок стал непосредственной причиной летального исхода при гнойном панкреонекрозе.

Выводы. Угроза развития инфекционно-токсического шока при гнойном панкреонекрозе реально возникает при попытках одномоментного выполнения обширных и травматичных хирургических вмешательств у пациентов с массивными гнойными расплавлениями брюшинной клетчатки. Этапные хирургические санации у наиболее тяжелой категории больных с панкреонекрозом позволяют уменьшить частоту этого системного осложнения и улучшить результаты лечения.

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Миронов В.И., Майсаков Б.Б.

МУЗ г. Сочи Городская больница № 5, Сочи, Россия

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия

Развитие и катастрофические прогрессирующие острой печеночной недостаточности является грозным осложнением раннего периода после оперативных вмешательств, выполненных по поводу билиарной компрессии. С позиций общих представлений об адаптации причиной усугубления печеночной дисфункции после восстановления желчеоттока является компенсаторный срыв на фоне резкого перепада билиарного давления.

Цель исследования: изучить факторы, способствующие развитию фульминантных форм печеночной недостаточности после операций, направленных на устранение желчной гипертензии (ЖГ).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета и в хирургическом отделении больницы № 5 г. Сочи наблюдали 523 пациента с синдромом ЖГ различного генеза (холедохолитиаз

– 316, доброкачественные поражения поджелудочной железы – 81, опухолевые поражения поджелудочной железы – 81, доброкачественные стенозы внепеченочных желчных протоков – 24, опухолевые поражения внепеченочных желчных путей – 21), которым были выполнены операции, направленные на устранение билиарной компрессии: внутреннее дренирование билиарной системы – 469 (89,7 %), наружное отведение желчи – 54 (10,3 %).

Вместо предполагаемого улучшения в раннем послеоперационном периоде в 21 наблюдении отмечали быстрое нарастание печеночной недостаточности с летальным исходом.

Результаты. В группе больных с данным осложнением, старше 60 лет было 17, старше 75 лет – 10 из них. Злокачественные заболевания панкреатобилиарной зоны явились причиной желчной гипертензии в 10 наблюдениях (поджелудочной

железы – 8, внепеченочных желчных путей – 2), в 11 – доброкачественные поражения (холедохолитиаз – 2, доброкачественные поражения поджелудочной железы – 9). Во всех наблюдениях (21) операции выполняли после многократных неудачных попыток купировать механическую желтуху с помощью малоинвазивных методов, на фоне длительного существования желтухи ($16 \pm 1,2$ дней), при стабильно высокой гипербилирубинемии ($150 \pm 8,4$ мкмоль/л). Внутреннее дренирование желчных путей было произведено 16 (76,2 %) пациентам (холедоходуоденостомия – 6, холангиоэюностомия – 6, холецистэюностомия – 4), наружное дренирование общего желчного протока – 5 (23,8 %) пациентам.

В первые часы послеоперационного периода у всех пациентов отмечали временное улучшение (стабилизация общего состояния, уменьшение интоксикации, снижение желтухи, возрастание количества оттекаемой желчи при наружном дренировании). Однако в последующем признаки улучшения исчезали, вновь нарастали симптомы интоксикации, гипербилирубинемия поднималась до критических значений (600–700 мкмоль/л), а

биохимическая картина свидетельствовала о нарастании признаков гепатоцитолита, печеночно-клеточной недостаточности и мезенхимально-воспалительных нарушений. По наружному дренажу резко сокращалось желчеотделение, не превышая в последующие дни 30–50 мл/сутки. В дальнейшем летальный исход наступал в течение 3–5 суток, несмотря на полноценную многокомпонентную терапию, направленную на борьбу с печеночной недостаточностью.

В группе пациентов, перенесших внутреннее дренирование билиарной системы, осложнение в виде острой печеночной недостаточности имело место в 3,4 % (16 из 469) наблюдений, при наружном отведении желчи – в 9,3 % (5 из 54) наблюдений.

Выводы. Больные с синдромом ЖГ представляют группу повышенного риска с точки зрения развития фульминантных форм печеночной недостаточности, которая может развиваться в раннем периоде после операций по устранению ЖГ. К факторам, обуславливающим прогрессирование печеночной недостаточности можно отнести длительную и высокую желтуху, возраст пациентов, а также тип оперативного вмешательства.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мирходжаев И.А., Исомутдинов А.З., Мирходжаев И.И., Хикматов Ж.С., Комилов С.О.

Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования: изучить ранние послеоперационные осложнения множественного эхинококкоза печени (МЭП) и пути их ликвидации.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 46 больных с МЭП. Локализацию кист в правой доле печени наблюдали у 20 (43 %), в левой доле печени – у 8 (17 %), в обеих долях – у 18 (40 %) больных. Неосложненные формы МЭП выявлены у 28 (60 %), осложненные формы – у 18 (40 %) больных. В дооперационном периоде наблюдали нижеследующие осложнения: прорыв в билиарные пути – у 4 (22 %), прорыв в брюшную полость – у 1 (5,6 %), прорыв в плевральную полость – у 2 (11 %), сдавление желчных путей с развитием клиники механической желтухи – у 5 (28 %), обызвествление – у 2 (11 %), нагноение кист – у 4 (22 %) больных.

При МЭП выполнены следующие оперативные вмешательства: идеальная эхинококкэктомия – у 8 (17,4 %), цистперичистэктомия – у 8 (17,4 %), эхинококкэктомия + цистперичистэктомия – у 6 (13 %), полузакрытая эхинококкэктомия – у 24 (52,2 %) больных. Обработка остаточных полостей печени произведена липосомальной формой альбендазола (ЛФА), губительно действующего на зародышевые элементы паразита. Остаточная полость печени при неосложненном ЭП ликвидирована путем ка-

питонажа по Дельбе, инвагинирующими швами фиброзной капсулы в остаточную полость, а при осложненных формах выполнена полузакрытая эхинококкэктомия печени.

Традиционная эхинококкэктомия печени в раннем послеоперационном периоде привела к следующим осложнениям: экссудативный плеврит – 3 (6,5 %), аллергическая реакция – 2 (4,3 %), формирование желчного свища – 6 (13 %), абсцесс брюшной полости – 1 (2 %), гематома брюшной полости – 1 (2 %). Чаще всего при поддиафрагмальной локализации эхинококковых кист печени наблюдают скопление жидкости в правой плевральной полости реактивного характера. В диагностике экссудативного плеврита, наряду с полипозиционным рентгенологическим исследованием, особое значение представляет УЗИ плевральной полости. Преимуществом его является то, что в плевральной полости скопление жидкости объемом даже 10 мл четко определяется, тогда как при рентгеноскопии жидкость в плевральной полости выявляется объемом более 100 мл. Под контролем УЗИ можно определить глубину, локализацию и возможность повторных пункций без повреждения органов. Всем трем больным с реактивным плевритом производили ежедневную пункцию плевральной полости с последующим введением антибиотика

широкого спектра действия в течении 5–7 дней. Критерием эффективности пункционной санации полости служила ликвидация проявлений интоксикации и отсутствие накопления экссудата. У 6 пациентов отмечено желчеистечение при наружном дренировании, которое прекратилось к 15–16 суткам консервативного лечения.

В послеоперационном периоде для контроля регрессии остаточных полостей печени выполняли программные УЗИ. Полная редукция остаточной полости у оперированных больных наступила к 54 ± 11 суткам. В 6 случаях после операции по поводу МЭП наблюдали рецидив заболевания, которое успешно удалось вылечить путем пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем УЗИ.

После традиционной и миниинвазивных методов лечения МЭП проведено 3 курса противопаразитарной терапии альбендазолом (10–12 мг/мл/сутки) в течении 28 дней с интервалом перерыва 1 месяц.

Заключение. При развитии реактивного плеврита в послеоперационном периоде поддиафрагмального ЭП наиболее эффективным методом диагностики и лечения является УЗИ плевральной полости. Послеоперационная антигельминтная терапия альбендазолом в лечебно-профилактических дозах предупреждает развитие рецидива заболевания МЭП. В хирургии МЭП обязательным является интраоперационное УЗИ-исследование печени.

ОСТРАЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Назаренко Н.А., Вишневский В.А., Рузавин В.С., Егорова В.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: выявление причинных факторов и критериев прогноза развития острой печеночно-почечной недостаточности у больных, перенесших обширные анатомические резекции печени (ОРП).

Материалы и методы. Обследовано 270 больных, перенесших ОРП (гемигепатэктомия и расширенная гемигепатэктомия) по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований печени. Анализу подвергнуты клинические признаки печеночной недостаточности (энцефалопатия, желтуха, асцит), а также лабораторные показатели функционального состояния печени по данным коагулограммы (фибриноген, фибриназа, протромбиновый индекс, протеин С) и биохимического анализа крови (общий белок, альбумин, билирубин, псевдохолинэстераза). В качестве причинных факторов развития данного осложнения рассмотрены: обширность резекции печени, наличие цирроза печени и хронического гепатита, объем интраоперационной кровопотери, время пережатия гепатодуоденальной связки (ГДС).

Результаты. Признаки умеренно выраженной дисфункции печени, выразившиеся в повышении уровня цитолитических ферментов или кратковременной билирубинемии не выше 40 мкмоль/л были отмечены у 56,2 % больных перенесших ОРП, в то время как послеоперационная печеночная недостаточность различной степени выраженности была выявлена у 43,8 % оперированных больных. Летальный исход от печеночной недостаточности был зафиксирован у 5,4 % больных.

На степень выраженности данного осложнения оказывали влияние такие факторы, как обширность резекции печени, наличие цирроза и объем интраоперационной кровопотери ($p < 0,05$). В тоже время

длительность пережатия ГДС, наличие хронического гепатита не оказывали статистически значимого влияния на степень выраженности печеночной недостаточности. Значительно усугубляли ее течение желудочно-кишечные или внутрибрюшные кровотечения, а также гнойно-воспалительные осложнения.

Наиболее чувствительными лабораторными показателями, отражающими вероятность развития тяжелой формы печеночной недостаточности, оказались уровни альбумина и протеина С.

Заключение. В профилактике развития острой пострезекционной печеночной недостаточности основную роль играет тщательный отбор больных на основе оценки дооперационного функционального резерва печени и объема остающейся после резекции паренхимы.

При нормальных функциональных показателях и отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, отсутствию сахарного диабета считаем возможным выполнение 80 % объема резекции. При уровне альбумина ниже 35 г/л, протеина С ниже 70 % или наличии сопутствующих заболеваний, старческого возраста объем остающейся после резекции ткани печени должен быть не менее 40 % от дооперационного объема непораженной паренхимы. Наличие одного из факторов риска печеночной недостаточности является показанием к выполнению в предоперационном периоде портальной венозной эмболизации.

Интраоперационными мерами профилактики печеночной недостаточности являются анатомичность и прецизионность оперирования, использование комплекса мер по минимизации операционной кровопотери.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОГО ОТЕКА ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

Назаренко Н.А., Рузавин В.С., Осипова Н.Ю., Шуракова А.Б.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка степени выраженности послеоперационного отека паренхимы печени у больных, перенесших резекции печени различного объема.

Материалы и методы. Проведено изучение пострезекционного отека паренхимы печени с помощью МРТ у 20 больных, перенесших обширные резекции печени (ОРП) (6 наблюдений – 30 %) и экономные резекции объеме 2-х сегментов (14 наблюдений – 70 %). С этой целью проводили измерение интенсивности сигнала от трех участков непораженной паренхимы печени с последующим вычислением среднего значения по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) в режимах T2 ВИ, T1 ВИ и STIR.

Для сопоставления динамики показателей послеоперационного отека паренхимы печени с изменением ее объема 17 больным, перенесшим правостороннюю гемигепатэктомию (ПГГЭ), произведено в пред- и послеоперационных периодах измерение объема паренхимы печени с помощью компьютерной томографии.

Результаты. Развитие отека паренхимы печени различной степени выраженности отмечено в раннем послеоперационном периоде как в группе больных, перенесших экономные, так и в группе больных с предельно обширными резекциями печени. Об этом свидетельствовало повышение интенсивности сигнала от паренхимы печени на 1–5 и 6–10 сутки послеоперационного периода по сравнению с дооперационными данными ($p < 0,05$). Наиболее

информативным в плане выявления отека паренхимы печени оказалось исследование в режиме STIR.

Сопоставление показателей интенсивности сигнала от паренхимы печени между группами с экономными и ОРП продемонстрировало значительно более выраженный отек паренхимы у пациентов последней группы, при этом статистически достоверная разница ($p < 0,05$) сохранялась на протяжении всего периода исследования – до 15 суток после операции.

Резидуальный объем паренхимы печени после ПГГЭ в течение 1-й недели послеоперационного периода увеличился на 77,5 %, составив в среднем $1269,78 \pm 60,79$ см³.

Этому же периоду соответствовало практически двукратное повышение интенсивности сигнала в режиме STIR по данным МРТ ($783,0 \pm 92,9$ и $1310,5 \pm 173,4$ соответственно; $p < 0,05$).

Заключение. МРТ позволяет выявить послеоперационный отек паренхимы печени. Степень его выраженности зависит от объема выполненной резекции печени и максимально выражена после ПГГЭ в течение первой недели послеоперационного периода.

Стремительное увеличение объема паренхимы печени после ПГГЭ в сочетании с двукратным повышением интенсивности сигнала можно объяснить сочетанием процессов активной регенерации печени с выраженным отеком паренхимы, развившимся вследствие значительного уменьшения объема сосудистого русла печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО СБРОСА ПРИ НАЛОЖЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕНЫ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ результатов дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены на фоне портальной гипертензии (ПГ).

Материалы и методы. В исследование вошли 229 пациентов с выраженной трансформацией селезеночной вены на фоне ПГ, перенесших оперативное вмешательство с наложением ДСРА. Для сравнения результатов ДСРА в зависимости от выраженности трансформации селезеночной вены по диаметру сформировано три группы: первая – ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см – 194 (84,7 %)

больных; вторая – ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см без ограничения – 21 (9,2 %) больной; третья – ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см, при формировании которого применена оригинальная методика ограничения при помощи манжеты из сосудистого протеза – 14 (6,1 %) больных.

Результаты. Одной из особенностей, влияющих на вероятность наложения ДСРА, является диаметр селезеночной вены. В условиях ПГ сосуды воротной системы могут претерпевать существенные изменения, среди которых выраженная трансформация по диаметру может препятствовать формированию анастомозов по типу «конец-в-бок».

В групі хворих з широкою селезеночною веною накладення ДСРА без застосування оригінальної методики обмеження сброса частота печеночної недостаточності склала 14,3 % (3 хворих), в групі з обмеженням – 7,1 % (1 пацієнт), а в групі з селезеночною веною до 1,5 см – 3,1 % (6 пацієнтів). ПЕ виявлена у 18,2 % (2 пацієнта), 8,3 % (1 хворий) і 7,1 % (6 хворих) відповідно. Частота наростання асцитів відрізнялася з декількома більшою різницею – 23,8 % (5 пацієнтів), 14,3 % (2 пацієнта) і 13,9 % (27 пацієнтів). Кровотеча з варикозно розширених вен шлункової в ранній період після ДСРА розвилася у 14,3 % (3 хворих) серед пацієнтів з селезеночною веною більше 1,5 см і ДСРА без обмеження і 3,1 % (6 пацієнтів) серед хворих з веною менше 1,5 см в діаметрі. В групі хворих після ДСРА без обмеження фатальних ускладнень було 2 (9,5 %), в групі з діаметром селезеночної вени менше 1,5 см – 8 (4,1 %) пацієнтів, серед 14 хворих з ДСРА з обмеженням летальних ісходів не було.

В цілому по всіх ускладненнях для групи пацієнтів з діаметром селезеночної вени більше 1,5 см, яким ДСРА було накладено без обмеження, характерно збільшення частоти специфічних

ускладнень з високою ступенем достовірності ($\chi^2 = 9,510$, $df = 4$, $p = 0,030$).

Висновки. В умовах ПГ при трансформації селезеночної вени з розширенням діаметра судини більше 1,5 см накладення стандартного ДСРА обумовлює достовірне ($p < 0,05$) підвищення ризику розвитку специфічних постшунтових ускладнень, тоді як застосування оригінальної методики обмеження портокавального сброса нівелює негативні гемодинамічні наслідки з зниженням частоти ускладнень до середніх значень, характерних для ДСРА з діаметром селезеночної вени до 1,5 см. Накладення широкої камери анастомоза при селективному типі шунтування може привести до максимальної декомпресії гастролієнальної зони, що приведе не тільки до зниження портального тиску, але і до уповільнення швидкості кровотоку по анастомозу і, відповідно, збільшить ризик тромбозу шунта. Також при функціонуючій великій камері анастомоза збільшується ризик розвитку депорталізації печінки. Враховуючи це, запропонована методика дозволяє адекватно обмежити сброс по анастомозу без наміреного звуження камери ДСРА, що з однієї сторони значно знижує ризик розвитку тромбозу, а з іншої – депорталізації печінки.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ результатов селективных и центральных типов портосистемного шунтирования (ПСШ).

Материалы и методы. В РСЦХ им. В. Вахидова за период 1976–2011 гг. различные варианты ПСШ выполнены у 800 пациентов с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 752 (94,0 %) случаях был цирроз печени (ЦП), у 48 (6,0 %) пациентов – внепеченочная форма ПГ. Средний возраст больных составил $28,4 \pm 0,4$ лет.

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) имели место в анамнезе у 381 (47,6 %) больного, однократное – у 194 (24,3 %) из них и многократное – у 187 (23,4 %). В структуре шунтирующих операций дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) составил 40,9 % (327 пациентов); проксимальный спленоренальный анастомоз – 20,4 % (163); латеро-латеральный спленоренальный анастомоз – 10,8 % (86); спленосупраренальный анастомоз – 12,8 % (102); Н-образный спленоренальный анастомоз – 8,8 % (70), в остальных 52 (6,5 %) случаях наложены другие центральные типы шунтирования.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде основным фатальным осложнением была

печеночная недостаточность, остальную группу составили тромбоз анастомоза с кровотечением из ВРВПЖ. Частота развития печеночной недостаточности после центральных вариантов шунтирования составила 15,9 % и после селективных анастомозов – 10,2 %. Частота тромбоза анастомоза – 4,5 и 3,2 % соответственно. В настоящий период на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока частота летальности в ближайший послеоперационный период при центральном шунтировании снизилась до 2,7 % и при селективной декомпресии – до 3,9 %. В сроки через 2–3 месяца после ПСШ больным выполняли контрольное эндоскопическое исследование для оценки эффективности декомпресии. В подавляющем большинстве случаев наступила регрессия ВРВПЖ, однако при центральном типе шунтирования декомпрессиивный эффект был более выражен, чем после селективного ДСРА. Так, хороший декомпрессиивный эффект (ВРВПЖ I степени, спавшиеся или усиление венозного рисунка) получен в группе с центральным тотальным шунтированием у 72,5 % пациентов, тогда как после ДСРА в сроки до 3-х месяцев этот показатель составил 46,8 %.

Выводы. В настоящее время ПСШ может быть как временной мерой профилактики кровотечений из ВРВПЖ перед трансплантацией печени, так и окончательным методом лечения этой категории больных, в том числе в странах, где по разным причинам отсутствуют возможности для проведения радикального хирургического лечения ЦП. Современный этап развития сосудистой хирургии ПГ характеризуется индивидуальным подходом к выбору оптимального

способа коррекции этого осложнения, зависящим от возрастного фактора, степени риска развития геморрагического синдрома, особенностей ангиоархитектоники портального бассейна и состояния воротной гемодинамики. Внедренные технологии позволили снизить частоту летальности в ближайший послеоперационный период у этой категории больных при центральных вариантах шунтирования до 2,7 % и при селективных типах декомпрессии – до 3,9 %.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Плеханов А.Н., Товаршинов А.И.

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Улан-Удэ, Россия

Целью исследования явилась разработка прогностических тестов развития печеночной недостаточности (ПН) после обширных резекций печени

Материалы и методы. Всего больных было 124 человека (женщин было 76 (61,2 %), мужчин – 68 (54,8 %), возраст больных был в пределах от 32 до 70 лет). Больным выполняли забор биохимического анализа крови с определением уровня билирубина, активности лактатдегидрогеназы, уровня фибриногена и ПТИ, уровня общего белка, альбумина, холестерина, холинэстеразы, активности аминотрансфераз.

Результаты. Связь развития пострезекционной печеночной недостаточности была обнаружена со следующими факторами: возраст, концентрация билирубина, активность лактатдегидрогеназы, уровень фибриногена и ПТИ.

Возраст больных, у которых отмечено прогрессирование печеночной недостаточности, составил в среднем $61,5 \pm 6,1$ года. Возраст пациентов, избежавших осложнения – $36,5 \pm 4,6$ лет. Таким образом, в более старшей возрастной группе риск ПН оказался более высоким, нежели в младшей. Концентрация билирубина оказалась достоверно более высокой у больных с печеночной недостаточностью: $134,2 \pm 20,2$ мкмоль/л (ДИ = 90,3–178) против $27,2 \pm 3,4$ мкмоль/л (ДИ = 19,6–34,7) у пациентов, избежавших это осложнение ($pF = 0,0001$).

Риск развития данного осложнения оказался достоверно связан с более высоким уровнем протромбинового индекса. Эта концентрация ПТИ в группе больных с развившейся печеночной недостаточностью составила в среднем $74,8 \pm 2,6$ % (ДИ = 68,9–80,7) против $85,5 \pm 2,5$ % (ДИ = 79,9–90,06) у больных, избежавших его ($pF = 0,017$).

Уровень активности лактатдегидрогеназы у больных, избежавших это осложнение, оказался в среднем $414,7 \pm 34,7$ IU/L (ДИ = 318,3–511,1), тог-

да как у больных, имевших его $699,9 \pm 37,6$ IU/L (ДИ = 595,3–804,5).

Частота развития пострезекционной печеночной недостаточности была выше (88,2 %) у больных, имевших сопутствующую патологию (сахарный диабет, болезни сердца, коллагенозы, хронические гепатиты и циррозы печени) по сравнению с больными, не имевшими данной патологии в анамнезе (15,7 %).

Между другими исследуемыми факторами (пол больного, уровень общего белка, альбуминов, холестерина, холинэстеразы, активность аминотрансфераз) и частотой пострезекционной печеночной недостаточности статистически значимой зависимости не выявили.

Заключение. Результаты многофакторного регрессионного анализа по прогнозированию печеночной недостаточности после резекции печени выявили прогностическое значение: уровня билирубина, протромбинового индекса, фибриногена, сопутствующей патологии, в частности, цирроза печени.

Считаем, что основными направлениями профилактики печеночной недостаточности и других осложнений заключаются в следующем:

- проведение интенсивной предоперационной подготовки, независимо от планируемого вида оперативного вмешательства;
- возвращение печени каждые 10–15 мин в среднефизиологическое положение, так как во время мобилизации органа при выведении его в рану происходит дислокация сосудов печени и нижней полой вены, что ведет к дестабилизации гемодинамики;
- пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки одномоментно не должно превышать 20 мин;
- сохранение после резекции адекватной по объему части печени, которая должна обеспечивать достаточное функционирование органа и его регенерацию.

ДООПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Плеханов А.Н., Товаршинов А.И.

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН,
Улан-Удэ, Россия

Цель исследования: исследование показателей порто-печеночной гемодинамики у больных с объемными образованиями печени (ООП) для определения прогноза развития печеночной недостаточности в процессе хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов исследований показателей порто-печеночной гемодинамики у 53 больных с очаговыми образованиями печени. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от размеров очаговых образований печени: первая (до 5 см) – 17 (32 %) больных, вторая (от 6 до 10 см) – 25 (47 %) больных, третья (более 10 см) – 11 (21 %) больных. Кроме того, все больные были разделены также в зависимости от показателей объемного кровотока по воротной вене и печеночной артерии: низкий, средний и высокий.

Результаты. Имелась достоверная разница показателей объемного кровотока при различных размерах ООП, преимущественно за счет изменения линейной скорости кровотока. При исследовании кровотока по печеночной артерии объемная скорость кровотока при ООП до 5 см составила 286 (270–303) мл/мин, от 6 до 10 см – 248 мл/мин, более 10 см – 405,6 мл/мин ($p_{U1-3} = 0,02$, $p_{U2-3} = 0,05$). С увеличением размеров очаговых образований печени происходило увеличение объемной скорости кровотока по печеночной артерии. При исследовании показателей кровотока по воротной вене было отмечено снижение объемной скорости кровотока с увеличением размеров очаговых образований.

При ООП до 5 см объемная скорость кровотока составила 1120 (887–1234) мл/мин, при ООП от 6 до 10 см – 712 (600–846,2) мл/мин, при ООП более 10 см – 483 (394–610,6) мл/мин. При низком кровотоке по воротной вене у 7 из 10 больных в ближайшем послеоперационном периоде отмечали явления печеночной недостаточности различной степени выраженности. Наилучшие результаты были отмечены у пациентов с высоким кровотоком по печеночной артерии. Во всех 6 наблюдениях отмечали благоприятное течение послеоперационного периода.

Однако наиболее объективным интегральным показателем при отборе больных для операций на печени является изучение общего печеночного кровотока (ОПК), так как у всех 8 пациентов с исходно низким ОПК получены неудовлетворительные результаты, в то время как у всех 9 больных с высоким ОПК отмечено благоприятное течение послеоперационного периода. У пациентов со средними параметрами ОПК получены как положительные, так и отрицательные результаты операций, 55 % и 44 %.

Заключение. Низкие исходные показатели порто-печеночной гемодинамики являются неблагоприятными прогностическими признаками печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Нецелесообразно выполнение обширных резекций печени при исходно низких показателях кровотока по воротной вене (менее 600 мл/мин), по печеночной артерии (менее 200 мл/мин) и общего печеночного кровотока (менее 800 мл/мин).

ПАНКРЕАТОГЕННАЯ ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ БИОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МОЧИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Попов А.В., Репин М.В., Гушенский Л.Б., Ершова А.И., Сандаков П.Я.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития
России, Пермь, Россия

Цель исследования: определить информативность физико-химических свойств мочи для оценки функционального состояния почек в периоперационном периоде у больных острым панкреатитом (ОП).

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов с ОП. Острый панкреатит протекал в легкой форме у 15 (60 %) больных, в тяжелой – у 10 (40 %). Соотношение мужчин и женщин составило 1,5 : 1, средний возраст – $43,7 \pm 4,5$ года. Определяли удельную электрическую проводимость (УЭП) мочи в диапазоне частот от 1000 до 1200000 Гц переменного электрического тока с помощью высоко-

частотного избирательного кондуктометра Qualy Tester производства ОАО «Морион» (Пермь). Мочу забирали натошак в объеме 2 мл в день операции и в течение 9 суток после нее. Учитывали показатели биохимического анализа крови, данные ультразвукового исследования и компьютерной томографии поджелудочной железы (ПЖ).

Результаты. У больных, оперированных по поводу ОП тяжелой степени, установлено повышение УЭП мочи со дня операции ($217,7 \pm 12,7$ S/m) на 1-е сутки после нее ($235,3 \pm 110,3$ S/m; $p > 0,05$). У пациентов с ОП легкой степени на фоне консервативной терапии

показатели УЭП мочи не менялись ($221,1 \pm 18,9$ и $219,7 \pm 6,1$ S/m соответственно; $p > 0,05$) и оставались стабильными на протяжении всего периода наблюдения. С первого по 4-й день наблюдения УЭП мочи у всех больных ОП тяжелой степени уменьшился до $215,7 \pm 8,7$ S/m ($p < 0,05$). Снижение УЭП мочи на фоне более высокого уровня калия и креатинина крови, их прямой корреляции ($p < 0,05$) друг с другом ($R_s = 0,8$), с активностью амилазы крови ($R_s > 0,87$) и обратной – с УЭП мочи ($R_s > -0,92$) были расценены как один из ранних признаков панкреатогенной почечной дисфункции. Критерием почечной дисфункции служил показатель УЭП мочи менее 238 S/m в течение 5 суток послеоперационного периода (чувствительность метода – 88 %, специфичность – 73 %). В

дальнейшем отмечена тенденция к недостоверному увеличению показателя, что, возможно, связано с улучшением функциональной активности почек, однако на этом этапе в качестве депрессирующего фактора выступает гипергликемия, как проявление эндокринной недостаточности ПЖ вследствие ее воспаления. Подтверждением негативного воздействия гипергликемии на функцию почек у больных ОП служила прямая связь содержания глюкозы в крови с уровнем мочевины и креатинина ($R_s = 0,89$; $p < 0,05$) и обратная – с УЭП мочи ($R_s = -0,8$; $p < 0,05$).

Выводы. Электропроводность мочи служит информативным показателем послеоперационного мониторинга функционального состояния почек у больных тяжелым ОП.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Деговцов Е.Н., Кузьменко В.В., Никулина С.А., Осипов Е.Ю.

Клиника факультетской хирургии на базе областной клинической больницы, Омск, Россия

Цель исследования: проанализировать структуру послеоперационных осложнений и летальности после прямых вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ) по поводу хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 315 пациентов с ХП. Мужчин было 240 (76,2 %), женщин – 75 (23,8 %). Ранее были оперированы на ПЖ 55,8 % больных. Ведущими в симптоматике заболевания явились болевой синдром и осложнения ХП в виде механической желтухи ($n = 38$), дуоденального стеноза ($n = 30$), нагноения кисты ($n = 88$), панкреатических свищей ($n = 32$), перфорации кисты ($n = 6$), цистоартериальной фистулы ($n = 9$). По данным МСКТ имело место увеличение размеров головки ПЖ у 31 %, расширение вирсунгова протока более 5 мм – у 57,1 %.

Пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: наружное дренирование было выполнено 150 пациентам, цистодигестивные соустья – 19, фистулоэюностомия – 6; продольная панкреатоэюностомия выполнена 39 пациентам, билатеральная – 3, термилолатеральная – 2; частичная резекция головки ПЖ по Фрею выполнена 21 пациенту, субтотальная с сохранением двенадцатиперстной кишки – 15, панкреатодуоденальная – 37, операция Бегера-Фрея – 1; дистальная резекция выполнена 14 пациентам, медиальная – 1, изолированная цистэктомия – 7. После дренирующих и резекционных вмешательств на завершающем этапе с целью герметизации анастомозов и гемостаза применяли препарат «Тахокомб».

Результаты. Всего повторно по поводу осложнений оперировано 36 пациентов (11,4 %) с летальным исходом у 9 (2,8 %). После наружного дренирования повторно оперировано 18 пациентов по поводу: панкреатогенного асцита ($n = 2$), нагноения второй кисты ПЖ ($n = 1$), острой кишечной

непроходимости ($n = 2$), механической желтухи ($n = 1$), желудочного кровотечения ($n = 3$), абсцесса брюшной полости ($n = 4$) и перитонита ($n = 5$). По поводу несостоятельности цистоэюноанастомоза оперированы 2 пациента, по поводу гнойного панкреатита после фистулоэюностомии – 1. Осложнения после продольной панкреатоэюностомии были у 2-х пациентов (несостоятельность анастомоза и серозный перитонит). Операция Фрея осложнилась у 1 пациента гемоперитонеумом. Показанием к повторным вмешательствам после субтотальной резекции головки ПЖ были: кровотечение из полости резецированной головки с несостоятельностью панкреатоэюностомы ($n = 2$), гемоперитонеум ($n = 1$). Дистальная резекция потребовала повторных операций у 6 пациентов по поводу гнойных осложнений, панкреатодуоденальная – у 3-х по поводу несостоятельности панкреатоэюностомы ($n = 2$) и абсцесса брюшной полости ($n = 1$). Послеоперационная летальность была связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями у 3-х пациентов (инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии), с внутрибрюшными осложнениями – у 6, в том числе после панкреатодуоденальной резекции ($n = 1$) и продольной панкреатоэюностомии ($n = 1$). Основная доля летальности выпала на наружное дренирование кистозных образований ПЖ ($n = 5$).

Выводы. Внутрибрюшные осложнения после операций на ПЖ по поводу ХП составили 66,7 %. После дистальной резекции доминировали гнойные осложнения. Осложнения после дренирующих и резекционных операций в ряде случаев связаны с несостоятельностью анастомозов и недостаточным гемостазом при рассечении или резекции ПЖ. Улучшение непосредственных результатов возможно за счёт более тщательного выполнения гемостаза и использования препарата «Тахокомб».

ХИРУРГИЯ ПЕЧЕНИ. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г., Панафидин И.С., Шамсиев А.Р.

*Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия
МБУЗ Городская клиническая больница № 8, Челябинск, Россия*

Цель исследования: определить структуру и пути профилактики осложнений после операций на печени.

Материалы и методы. За последние 16 лет пролечено 1305 больных с объемными поражениями печени (ОПП): злокачественные (первичные и метастатические) – 326 (25,0 %); доброкачественные (гемангиома > 5 см, аденома, фибронодулярная гиперплазия и др.) – 402 (30,8 %); непаразитарные кисты печени > 5 см – 336 (25,7 %); эхинококк (гидатидозный и альвеолярный) – 150 (11,5 %); редкие ОПП (шваннома и др.) – 55 (4,2 %); абсцессы – 36 (2,8 %).

Выполнено 927 операций: гемигепатэктомии – 113 (в том числе 22 расширенные); три-, би- сегментэктомия – 373; периопухолевая резекция – 152; перикистэктомия, эхинококкэктомия – 115; прочие (фенестрация кист, вскрытие абсцессов, РЧА и т.д.) – 103; эксплоративная лапаротомия – 71.

Результаты. Общая летальность составила 0,9 %: интраоперационная – 0,25 % (кровотечения – 2), послеоперационная – 0,5 % (печеночная кома – 3, ТЭЛА – 1, кровотечение из острых язв – 1).

Послеоперационные осложнения, требующие релапаротомии – 3 (0,37 %): кровотечение – 2, абсцесс – 1. Послеоперационные осложнения, вылеченные консервативно (иногда с пункцией или дренированием под УЗ-контролем) – 52 (6,5 %): гематома, абсцессы, плеврит (чаще при правосторонних

гемигепатэктомиях, резекциях S VII–VIII), биломы, гипертермия без признаков абсцедирования, нагноение раны и т.д.

Выводы. На уменьшение количества осложнений влияют:

1) строгие показания к операции (опасность операции не должна превышать опасности самой болезни);

2) адекватный доступ (учет размеров опухоли, локализация, строение реберной дуги);

3) скрупулезная мобилизация печени (связок, эмбриональных и перифокальных спаек) дает «подвижность» удаляемой части, позволяет избежать неоправданной кровопотери, важна скрупулезная препаровка нижней полой вены);

4) сохранение достаточной массы паренхимы печени;

5) максимальный гемо- и холестаза, при расширенной гемигепатэктомии целесообразно проведение ретроградной гидропробы с последующим наружным дренированием желчных путей;

6) адекватное дренирование зоны удаленного препарата (иногда использование перчаточного дренажа).

Не оказывают влияния на послеоперационные осложнения: способ диссекции паренхимы, продолжительность операции, объем кровопотери (при адекватном замещении), использование приема Pringle.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Рахимов Б.М., Галкин И.В., Баранов В.Р., Морозов А.В.

МУЗ Клиническая больница № 5, Тольятти, Россия

Цель исследования: оценка осложнений после различных по объему резекций печени.

Материалы и методы. Проведен анализ осложнений после резекции печени в общехирургическом отделении многопрофильной больницы у 211 пациентов за период 2001 по 2011 гг. Мужчин было 123 (58,3 %), женщин – 88 (41,7 %) в возрасте от 27 до 78 лет. Резекции печени выполнены по поводу: гепатоцеллюлярного рака – у 54 (25,6 %), метастазов рака в печень – у 75 (35,5 %) и доброкачественных новообразований – у 82 (38,9 %) больных. Объем выполненных резекций печени: правосторонняя гемигепатэктомия – 61 (28,9 %), левосторонняя гемигепатэктомия – 15 (7,1 %), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 2 (1,0 %), бисегментэктомия – 75 (35,5 %), околоопухолевая атипичная

резекция – 58 (27,5 %). Операционный доступ был угловой по Черни у 155 больных, двухподреберным доступом оперированы 12 пациентов, доступом типа «Мерседес» – 2, срединная лапаротомия использована у 42 больных. Интраоперационной летальности не было. Кровопотеря составила в начальный период работы 1400,0 ± 500,0 мл, в последние три года на 102 больших резекций составила 500 ± 200,0 мл.

Результаты. На 211 резекций печени наблюдали 36 (17,5 %) осложнения. Наблюдали следующие осложнения: острая печеночная недостаточность – 3 (все больные умерли в течение 7 суток), тромбоз портальной вены – 1 (летальный исход на 23 сутки послеоперационного периода), профузное кровотечение из правой печеночной

артерії – 1 (летальний вихід на 12-е сутки після операції), гнійно-септичні ускладнення в формі підпечінкового і внутрішнього абсцесу – у 31 пацієнта (3 із яких померли в течение 30 днів після оперативного втручання). Релапаротомія виконана у 8 хворих: для відкриття внутрішнього гнійника – у 7 хворих, для зупинки кровотечі – у 1. Піддіафрагмальні абсцеси були пунктировані під УЗ-наведенням з тривалим дренируванням у 24 хворих.

Загальна летальність склала 3,7% (8 хворих). Всі померлі хворі піддалися обширній резекції печінки з приводу злоякісних пухлин і метастазів пухлин. В групі з доброякісними пухлинами летальних виходів не було.

Висновок. Резекція печінки супроводжується ускладненнями у 17,5% пацієнтів. Основним видом ускладнень в найближчому післяопераційному періоді є гнійно-септичні, однак найбільш небезпечним залишається гостра печінкова недостатність.

ЛІЧЕННЯ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТУ ПРИ ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Саганов В.П.¹, Хитрихєєв В.Е.¹, Цыбиков Е.Н.²

¹ ФГБОУ ВПО «Бурятський державний університет», Улан-Удэ, Росія

² Бурятський філіал ФГБУ «Навчальний центр реконструктивної і відновительної хірургії» СО РАМН, Улан-Удэ, Росія

На сьогоднішній день лікування хворих з острым панкреатитом представляє собою актуальну проблему на фоні високого зростання кількості цих пацієнтів. Острый панкреатит супроводжується наявністю ферментативного перитоніту в 20–50% випадків, який ускладнює і без того важке стан хворих пацієнтів.

Ціль дослідження: розробити оптимальну тактику лікування хворих з ферментативним перитонітом, обумовленим острым панкреатитом.

Матеріали і методи. З 1987 по травень 2012 рр. в Республіканській клінічній лікарні ім. Н.А. Семашко (Улан-Удэ) спостерігали і лікували 153 хворих з ферментативним перитонітом при острым панкреатиті.

Діагноз встановлювали на основі клінічної картини, лабораторних і інструментальних методів дослідження.

Результати. Всіх пацієнтів розділили на 2 групи в залежності від характеру перитонеального выпоту. В першу групу об'єднали 135 (88,2%) пацієнтів з ферментативним перитонітом, обумовленим алкогольним (95 хворих) і бiliarним (40 хворих) острым панкреатитом. Лапароскопічну санацію дренирування/лапароцентез в перші 6 годин від моменту госпіталізації виконали у 116 (85,9%) хворих 1-ї групи (підгрупа 1А), ошибочную лапаротомію, санацію і дренирування брюшної порожнини виконали 19 (14,1%) пацієнтам (підгрупа 1Б). Во другу групу вошли 18 (11,8%) хворих з ферментативним перитонітом внаслідок бiliarного панкреатиту з діападезом і транзиторною механічною жовтухою. Санационну лапароскопію і дренирування брюшної порожнини до 24 годин з малоінвазивним дренируванням жовчного бульбашки (лапароскопічним способом) провели у 8 (42,1%) пацієнтів

другої групи (підгрупа 2А), середню лапаротомію, холецистектомію з дренируванням загального жовчного протока і брюшної порожнини – у 10 (57,9%) хворих (підгрупа 2Б). Всім хворим проводили комплексне консервативне лікування.

Лапароскопічні санації/лапароцентези в підгрупі 1А сприяли ранньому відновленню динамічної кишечної непроницності і усуненню інтоксикації з летальністю 9,3%. Післяопераційний період в підгрупі 1Б вимагав тривалої ІВЛ, супроводжувався прогресивним поліорганною дисфункцією і динамічною кишечною непроницністю, гнійними ускладненнями у більшості пацієнтів і летальністю (47,3%). Загальна летальність в першій групі склала 14,8%. Малоінвазивна декомпресія жовчного бульбашки в підгрупі 2А сприяла усуненню жовчного компонента перитоніту і купуванню ферментативного холециститу, усуненню механічної жовтухи в ранньому післяопераційному періоді (летальність – 15%) і підготовці хворих до планової холецистектомії. В підгрупі 2Б термінова холецистектомія з дренируванням загального жовчного протока в умовах ферментативного перитоніту супроводжувалася великою кількістю післяопераційних ускладнень, в тому числі гнійних – 63%, і летальністю – до 70%.

Висновки. Малоінвазивні втручання з комплексною консервативною терапією сприяють зменшенню летальності і частоти гнійних ускладнень. При наявності діападезного жовчного компонента в перитонеальному выпоті у хворих з ферментативним перитонітом показано доповнення лапароскопічної санації/лапароцентеза брюшної порожнини з малоінвазивним дренируванням жовчного бульбашки і наступної планової холецистектомією.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Саганов В.П.¹, Хитрихеев В.Е.¹, Цыбиков Е.Н.², Гунзынов Г.Д.^{2,3}, Гармаев Б.Г.³,
Будашеев В.П.^{2,3}**

¹ ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия

² Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН,
Улан-Удэ, Россия

³ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, Россия

Цель исследования: разработка оптимальной тактики лечения пострадавших с повреждением поджелудочной железы.

Материалы и методы. С 1987 по май 2012 гг. наблюдали 36 больных с травмой поджелудочной железы. По степени повреждения (по D.R. Smego) больных распределили следующим образом: I и II степени – 22 (61,1 %) больных, III и IV – 14 (38,9 %) больных.

Все больные были оперированы. Выполняли ушивание ран поджелудочной железы (6), гемостаз и дренирование зоны повреждения (10), дистальную гемипанкреатэктомию (2), тампонирование раны (1), лапароцентез (2), лапаротомию без дренирования сальниковой сумки (4), восстановление вирсунгова протока на «потерянном» дренаже (1).

При выполнении операции при повреждении поджелудочной железы стремились соблюдать ряд принципов хирургической обработки: исключение дополнительной травматизации поджелудочной железы грубым прошиванием кровотечения с захватом неповрежденной паренхимы; прошивание только кровоточащих сосудов тонкой синтетической монофиламентной нитью на атравматической игле; левосторонняя гемипанкреатэктомия при значительном разрушении паренхимы с повреждением вирсунгова протока или при полном пересечении поджелудочной железы; отказ от

перевязки вирсунгова протока, перитонизации культи, отказ от электрокоагуляции, так как это затрудняет отток и приводит к прогрессированию панкреонекроза; обязательное дренирование сальниковой сумки силиконовыми дренажами для оттока панкреатического секрета и раневого отделяемого.

Результаты. Общая летальность составила 27,9 % (умерло 10 больных). Прямой зависимости летальности и гнойных осложнений от степени травмы поджелудочной железы не выявлено. Результаты зависели от вида операции и от сроков начала базисной консервативной терапии. Основными принципами хирургического вмешательства признаны: дренирование зоны повреждения (I–III степени) и левосторонняя гемипанкреатэктомия при полном пересечении поджелудочной железы (IV степень) без ушивания культи.

Выводы. Соблюдение щадящей техники обработки повреждений поджелудочной железы с момента обнаружения ее повреждения позволяет избежать прогрессирования травматического панкреатита. Принципиальным является отказ от ушивания культи поджелудочной железы и от тампонирования или оментопексии. При травме поджелудочной железы показана лапаротомия и дренирование зоны повреждения силиконовыми дренажами.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Салимгареев И.З., Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Нагаев Ф.Р.

ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненным хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Проанализирован опыт оперативного лечения 405 пациентов с осложненным ХП, проходивших лечение с 1995 по 2011 гг. Отмечено увеличение количества операций от 12 в 1995 году до 29 в 2011 году. Дистальных резекций поджелудочной железы (ПЖ) выполнено 28 (6,9 %), гастропанкреатодуоденальных резекций – 15 (3,7 %), секторальных резекций – 2 (0,5 %), изолированных цистэктомий – 12 (3,0 %), панкреатоюностомий – 59 (14,6 %), панкреатоцистоеюностомий – 106

(26,2 %), панкреатоцистогастростомий – 66 (16,3 %), панкреатоцистодуоденостомий – 8 (1,9 %), панкреатофистулоюностомий – 10 (2,5 %), панкреатофистулогастростомий – 2 (0,5 %). Наружное дренирование кист выполнено в 40 (9,9 %) случаях, дренирование под УЗ-контролем – в 7 (1,7 %). Операций на смежных с ПЖ органах выполнено 50 (12,3 %).

Результаты. Частота осложнений, потребовавших повторных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде, составила за этот период 5,9 % и зависела от объема операции. Наибольшее количество осложнений, потребовавших повторных оперативных вмешательств, наблюдали

при холедохоеюностомии – 2 случая (50 % всех холедохоеюностомий) и холедоходуоденостомии – 7 (25,0 %) случаев. Меньше осложнений при дистальной резекции – 3 случая (10,7 % всех дистальных резекций), наружном дренировании кисты – 3 (7,5 %) случая, гастропанкреатодуоденальной резекции – 1 (6,6 %) случай, панкреатоеюностомии – 3 (5,1 %) случая, панкреатоцистогастростомии – 2 (3,0 %) случая, панкреатоцистоеюностомии – 3 (2,8 %) случая.

Осложнениями, потребовавшими повторных оперативных вмешательств, явились: кишечная непроходимость, кровотечения, несостоятельность швов холедоходуоденоанастомозов, абсцессы брюшной полости, острый холецистит, панкреонекроз.

Летальность за этот период составила 2,0 %. Наибольшая летальность была при холедохоеюностомии – 2 (50 %) случая, дистальной резекции ПЖ – 3 (10,7 %) случая. Ниже летальность при холедоходуоденостомии – 2 (7,1 %) случая, наружном дренировании кисты ПЖ – 1 (2,5 %) случай.

Заключение. Выбирая метод оперативного вмешательства при осложненном хроническом панкреатите, необходимо учитывать, что послеоперационные осложнения чаще наблюдают при операциях на смежных органах, чем после дренирующих операций и резекций поджелудочной железы. Летальность при резекциях поджелудочной железы выше, чем после дренирующих операций.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Свитина К.А., Кригер А.Г., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Казаков И.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Послеоперационный панкреатит (ПП) является одним из самых тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений в абдоминальной хирургии. Частота развития ПП после операций на поджелудочной железе (ПЖ) может превышать 50 %. Большинство авторов рассматривают ПП, как одну из главных причин возникновения несостоятельности швов панкреатодигестивных анастомозов, аррозионных внутрибрюшных кровотечений и панкреатических свищей. Летальность при деструктивных формах послеоперационного панкреатита достигает 85 %.

Цель исследования: определить основные причины развития ПП, его ранние клинические, биохимические проявления, а также принципы профилактики и лечения.

Материал и методы. В исследование включено 302 больных, оперированных в Институте хирургии в период 2007–2009 гг., из них со злокачественными и доброкачественными новообразованиями поджелудочной железы (ПЖ) было 166 (55 %) больных, с хроническим панкреатитом – 136 (45 %) больных. Послеоперационный панкреатит (ПП) развился у 178 (58,9 %) пациентов: отечная форма – у 105 (59 %), панкреонекроз – 73 (41 %) больных.

В качестве медикаментозной интраоперационной профилактики ПП с целью подавление внешнесекреторной функции ПЖ у 229 (73,1 %) пациентов при резекциях или пересечении ПЖ использовали октреотид по 0,1 мг п/к перед мобилизацией ПЖ и перед пересечением/рассечением паренхимы ПЖ. Отказались от превентивного введения препарата у 73 больных с выраженными склеротическими и атрофическими изменениями паренхимы органа. В ближайшем послеоперационном периоде все больные получали октреотид по 0,1 мг 3–4 раза в сутки в течение 3–4 дней, как компонент комплексной терапии.

Результаты. Из 178 больных с ПП интраоперационное превентивное применение октреотида было у 137 (76,9 %) больных, при этом у всех этих больных состояния паренхимы железы оценивали, как мало измененную.

Из 178 больных с ПП умерло 17 (9,5 %): из 105 больных с отечным панкреатитом – 4 (3,8 %) на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний, из 73 больных с панкреонекрозом – 13 (17,8 %).

Заключение. Послеоперационный панкреатит является самым тяжелым и трудно прогнозируемым осложнением в хирургической панкреатологии. К современным методам профилактики ПП можно отнести медикаментозное подавление внешнесекреторной функции ПЖ. В то же время, чем больше выражен склероз и атрофия паренхимы ПЖ, чем шире главный проток ПЖ, тем меньше вероятность развития ПП. Считаем что, ПП инициируется во время операции, при этом характер поражения ПЖ изначально «закладывается» как отечный панкреатит или панкреонекроз. Вероятность развития ПП наиболее высока у больных с «сочной», мало измененной паренхимой ПЖ («мягкая железа»). Ранняя диагностика ПП базируется на клинических проявлениях. Эффективность превентивного интраоперационного и послеоперационного применения октреотида требует дальнейшего изучения. Целесообразным представляется изучение роли пролонгированных форм октреотида в профилактике ПП. Применение октреотида целесообразно только как компонент комплексной терапии. Консервативная терапия отечного панкреатита обеспечивает хороший эффект. Панкреонекроз, развившийся после вмешательства на ПЖ, неизбежно приводит к осложнениям, которые часто требуют хирургического лечения.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Ломоносов Д.А.

ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь, Россия

Цель исследования: изучить ранние осложнения и оценить отдаленные результаты после внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 165 пациентов: в исследовании преобладали мужчины – 118 (71,5%) в возрасте $43,6 \pm 11,6$ лет, оперированных по поводу ложной кисты поджелудочной железы. Средняя длительность заболевания составила $20,3 \pm 25,0$ мес. Выполнены следующие виды внутреннего дренирования: цистогастроанастомоз – у 94 (57 %), цистодуоденоанастомоз – у 20 (12,1 %) и цистоеюноанастомоз – у 51 (30,9 %) больного. Ранние послеоперационные осложнения оценены по Clavien-Dindo Classification. Отдаленный результат изучен у 57 (60,6 %) пациентов с цистогастроанастомозом, с цистодуоденоанастомозом – у 10 (50%) и с цистоеюноанастомозом – у 23 (45,1 %).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 19 (12,8 %) больных наблюдали 32 осложнения, потребовавших повторного хирургического вмешательства – у 7 (4,2 %). Осложнение I степени в виде нагноения послеоперационной раны встретились в 4-х (2,4 %) случаях. Осложнения II степени зарегистрированы в 14 (8,4 %) наблюдениях: пневмония – 5 (3,0 %), панкреатический свищ – 5 (3,0 %), гастростаз – 2 (1,2 %), кишечный свищ – 2 (1,2 %), разрешившиеся усилением лекарственной терапии. Осложнения IIIa степени в виде нагноение полости кисты отмечены у 3-х (1,8 %) человек и были купированы эндоскопическими санациями. Осложнения IIIб степени наблюдали у 3-х (1,8 %) больных: подпеченочный абсцесс – 1 (0,6 %), внутрибрюшная гематома – 1 (0,6 %), абсцесс забрюшинного пространства – 1 (0,6 %) разрешены дренированием. Осложнения IV степени в виде кровотечения в зону анастомоза зафиксированы в 5 (3,0 %) случаях, хирургический гемостаз достигнут путем релапаротомии у 3-х (1,8 %) пациентов.

Осложнение V степени (летальный исход) наблюдалось у 1 (0,6 %) пациента по причине трижды рецидивирующего аррозионного кровотечения. Осложнения после цистогастротомии выявили у 17 % больных (релапаротомия в этой группе выполнена у 6,5 %), после цистодуоденотомии – у 5,0 % (релапаротомия – 5 %) и цистоеюностомии – у 15,7 % (релапаротомий не было).

Отдаленные результаты изучены у 111 (67,3 %) человек в сроки $3,4 \pm 2,8$ лет. Летальность составила 15,3 % (умерло 17 больных). Повторные хирургические вмешательства в сроки $31,2 \pm 27,7$ мес. проведены у 16 (14,4 %) пациентов, из них после цистогастротомии – у 7 (7,4 %), цистодуоденотомии – у 2-х (10 %), цистоеюностомии – у 7 (30,4 %). Показанием к операции явились рецидив болевого синдрома у 9 (8,1 %) (из них ранее наложен цистоеюноанастомоз у 5) или рецидив псевдокисты у 7 (13,7 %) (ранее выполнена цистогастротомия у 5).

При рецидиве болевого синдрома выполнены: торакоскопическая спланхнисимпатэктомия у 5 больных, панкреатодуоденальная резекция – у 2-х, операция Фрея – у 1, дистальная резекция поджелудочной железы – у 1. Рецидив псевдокисты устранен повторным внутренним дренированием у 4-х пациентов (цистогастроанастомоз – 3 и цистоеюноанастомоз – 1), наружным дренированием – 2, наложением латерального панкреатоеюноанастомоза – 1.

Выводы. Внутреннее дренирование панкреатических псевдокист имеет низкую послеоперационную летальность. Цистогастротомия чаще сопровождается ранними послеоперационными осложнениями, требующими релапаротомии. Отдаленный период обусловлен прогрессированием хронического панкреатита, с наблюдаемым рецидивом кисты преимущественно после цистогастротомии или рецидивом боли после цистоеюностомии, что определяет повторные вмешательства различного характера.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ: МОЖНО ЛИ СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ?

Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Хрусталева М.В., Ховрин В.В., Чардаров Н.К., Беджаниян А.Л., Багмет Н.Н.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Введение. К специфическим осложнениям резекций печени относят кровотечение, печеночную недостаточность и желчеистечение. Совершенствование хирургической техники, применение способов сосудистого контроля и местных гемостатиков

позволили значительно продвинуться в решении проблемы гемостаза. Надежные методы оценки объемов печени и функционального состояния паренхимы, наращивание доли печени при помощи лигирования или эмболизации противоположной

ветви воротной вены и двухэтапные операции снизили частоту печеночной недостаточности. Успехи в предупреждении билиарных осложнений не так заметны. На сегодняшний день они являются ведущими (частота достигает 21 %) и сохраняют свою актуальность. В связи с этим возрос интерес к различным способам профилактики желчеистечений, эффективность которых требует изучения.

Материалы и методы. Опыт отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы включает 450 резекций печени, выполненных с 2000 по 2012 гг. Более половины резекций (60 %) были «большими» (резекция ≥ 3 сегментов). Летальность составила 0,9 %, частота послеоперационных осложнений – 37 %. На основании накопленного опыта проведен анализ эффективности двух методов профилактики желчеистечений: местные гемостатики и проба на герметичность.

Результаты. В структуре осложнений первое место заняли желчеистечения – 18,6 %. На протяжении всего периода происходило ежегодное уменьшение данного показателя с 56 % до 9 %, что связано с увеличением числа выполняемых резекций (с

6–15 до 60–70 операций в год), а, следовательно, улучшением хирургической техники. Фибринколагеновая субстанция для местного гемостаза не влияла на частоту билиарных осложнений (16,6 % vs 15,3 %; $p = 0,84$). Проба на герметичность с использованием жировой эмульсии для парентерального питания снизила частоту желчеистечений с 20 % до 14,3 %, однако различия статистически не значимы ($p = 1,0$). Большинство операций завершали дренированием брюшной полости – 84,9 %. Сравнительный анализ только «больших» резекций, которые завершали или не завершали дренированием, продемонстрировал статистически значимое увеличение послеоперационного койко-дня в группе пациентов с дренажем: 15 (9–23; от 1 до 133) vs 12,5 (8–14; от 7 до 31), $p = 0,044$. Различий по частоте послеоперационных осложнений, включая билиарные, не отмечено.

Выводы. Желчеистечение остается ведущим осложнением резекции печени. Методы профилактики просты, но убедительных доказательств их эффективности нет. Пробы на герметичность выглядят наиболее предпочтительно.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И В ОЦЕНКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Козлов И.А., Тимина И.Е., Кригер А.Г.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) при определении тактики оперативного вмешательства и в оценке послеоперационных изменений при выполнении дистальной резекции поджелудочной железы (ДРПЖ).

Материалы и методы. В исследование вошло 84 больных с кистозными образованиями дистальных отделов (постнекротические кисты и кистозные опухоли), которым выполнили ДРПЖ. В исследовании преобладали женщины – 69,0 %, пациенты были в возрасте от 22 лет до 71 года (средний возраст – $49,8 \pm 1,21$ лет).

При дооперационном выявлении образования в дистальных отделах ПЖ по данным УЗИ (В-режим и дуплексное сканирование (ДС) оценивали состояние магистральных сосудов в зоне локализации образования. Прослеживали ход селезеночной артерии и вены, их взаимоотношения с образованием, определяли возможное наличие экстравазальной компрессии. Выявление «заинтересованности» сосуда в патологическом процессе позволяло определить хирургическую тактику и выбрать объем ДРПЖ.

В послеоперационном периоде после ДРПЖ проводили УЗ-мониторинг состояния культи ПЖ

и зоны вокруг неё, а также сохранённых сосудов с оценкой их проходимости и паренхимы селезенки в случае их сохранения.

Результаты. По результатам предоперационной оценки состояния селезеночной артерии и вены все пациенты были разделены на три группы.

I группа: выявлена интактность селезеночных сосудов – 11 (13,1 %) наблюдений. Всем пациентам выполнена ДРПЖ с сохранением селезенки и селезеночных сосудов.

II группа: диагностирована экстравазальная компрессия селезеночных сосудов образованием, однако их ход четко прослеживался на всём протяжении в 32 (38,1 %) наблюдениях, из которых сосуды были распластаны на образовании в 15 (46,9 %) случаях и селезеночные сосуды определяли в инфильтрате вокруг образования в 9 (28,1 %). В 12 (37,5 %) случаях выполнена перевязка селезеночной артерии и вены в устье селезеночной артерии и в области конfluence воротной вены, соответственно; в 8 (25,0 %) наблюдениях артерия и вена были перевязаны в воротах селезенки и в 4-х (12,5 %) случаях селезеночная артерия была перевязана в воротах селезенки с сохранением селезеночной вены. Во всех этих наблюдениях была сохранена желудочно-селезеночная связь

ка без перевязки коротких сосудов. У 8 (25,0 %) больных локализация образования, его размеры и взаимоотношение с сосудами не позволили технически выполнить вмешательство с сохранением селезёнки.

III группа: ход селезёночных сосудов прослеживался фрагментарно – 41 (48,8 %) случай, что было обусловлено: локализацией образования непосредственно в воротах селезёнки – в 16 (39,0 %) наблюдениях; значительными размерами образования – в 15 (36,6 %); выраженной инфильтрацией вокруг образования с вовлечением сосудов в случае наличия злокачественной опухоли – в 10 (24,4 %). При наличии патологических изменений, которые не позволили хирургам отделить опухоль от селезёнки и селезёночных сосудов и сохранить их, выполнена ДРПЖ со спленэктомией.

Были диагностированы два типа послеоперационных осложнений – наружные панкреатические свищи: ДРПЖ с сохранением селезёнки – 3 (8,6 %), ДРПЖ со спленэктомией – 21 (42,8 %) и поддиафрагмальные абсцессы: ДРПЖ с сохранением селезёнки – 2 (5,7 %), ДРПЖ со спленэктомией – 8 (16,3 %). При операциях с сохранением селезёнки процент осложнений после выполненных вмешательств был меньше, чем при ДРПЖ со спленэктомией.

При сохранении селезёночных артерии и вены локальных изменений скорости кровотока по ним

не было выявлено ни в одном наблюдении, паренхима селезёнки оставалась без изменений.

При перевязке селезёночных сосудов в устье артерии и в области конfluence воротной вены паренхима селезёнки также оставалась без изменений, при ДС сосудистый рисунок селезёнки был достаточно отчётливо и равномерно выражен.

При перевязке селезёночных артерии и вены в воротах селезёнки в 3-х (37,5 %) наблюдениях в послеоперационном периоде был диагностирован инфаркт селезёнки. Двум больным, у которых по данным УЗ-мониторирования, площадь поражённого участка была незначительной и не имела тенденции к увеличению, дополнительное лечебное вмешательство не потребовалось. В 1 случае объём выявленных в селезёнке изменений не позволил избежать повторного оперативного вмешательства: пациенту была произведена спленэктомия.

Заключение. При наличии кистозного образования дистальных отделов ПЖ УЗИ в дооперационном периоде на основании оценки взаимоотношения образования и магистральных сосудов парапанкреатической зоны позволяет определить объём выполнения резекции; в послеоперационном периоде без лучевой нагрузки на пациента определить состояние паренхимы резецированной ПЖ, селезёнки и сосудов (при их сохранении) в зоне оперативного вмешательства.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Коробейников В.И., Леднева А.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Ижевск, Россия

В последние десятилетия большое внимание уделяют изучению коморбидной (сопутствующей) патологии у больных хирургического профиля. Особенно это важно в определении степени риска оперативных вмешательств, проведении оперативного пособия и ведении послеоперационного периода. Степень коморбидности нередко определяет тяжесть состояния и влияет на послеоперационный прогноз.

Проведён анализ коморбидной патологии у больных с острыми воспалительными заболеваниями поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Наибольший риск для оперативных вмешательств представлял сахарный диабет I и II типов в стадии декомпенсации, заболевания сердечно-сосудистой системы, ранее перенесенные инфаркты миокарда и инсульты в анамнезе, цирроз печени, заболевания крови, склеродермия, хроническая обструктивная болезнь легких.

Существующие на сегодняшний день стандарты и подходы в хирургии включают анализ сопутствующей

патологии при выборе методов анестезии, но не предусматривают принципиальных изменений при выборе объема и вида оперативной помощи. Разработка новых направлений хирургического лечения коморбидных состояний в современных условиях – один из наиболее востребованных и актуальных разделов хирургии. В хирургии коморбидные заболевания внутренних органов способны существенно изменить течение послеоперационного периода и оказать влияние на прогноз.

Приведем клинический пример.

Больная С., 72 года находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении 1 РКБ в 2011 г. 24 койко-дня с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Сахарный диабет 2 типа субкомпенсированный. ИБС, общий атеросклероз. Хронический гепатит. Диабетическая макро- и микроангиопатия. Острая коагулопатия, I фаза ДВС.

Больная поступила с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, тя-

жесть в этой же области. Камни в желчном пузыре обнаружены много лет назад на УЗИ. Последний приступ сильных болей в области правого подреберья полгода назад. Диагноз подтвержден ультразвуковым исследованием. При физикальном осмотре – умеренная болезненность в области правого подреберья.

Операция: лапаротомия, холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Через 5 часов появились признаки внутрибрюшного кровотечения, в связи с чем выполнена релапаротомия, ревизия брюшной полости, гемостаз. Еще через 6 часов, по дренажам вновь появилось геморагическое отделяемое, и больная снова взята в операционную: релапаротомия, гемостаз. На операции наблюдали диффузное кровотечение из мягких тканей в области ложа желчного пузыря и вокруг дренажной трубки. Остановку кровотечения осуществляли коагуляцией, прикладыванием гемостатической губки, тампонадой салфетками.

В послеоперационном периоде через 8 дней салфетки были удалены из брюшной полости,

проводили интенсивную инфузионную терапию, антибиотикотерапию. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание.

У данной пациентки основная хирургическая патология была отягощена коморбидными заболеваниями, такими как сахарный диабет 2 типа инсулинопотребный, субкомпенсированный на протяжении многих лет, осложнившийся макро- и микроангиопатией; хронический гепатит алиментарной этиологии, на фоне чего и возникло такое осложнение – внутрибрюшное кровотечение в послеоперационном периоде.

Сахарный диабет, заболевания крови, хронический гепатит – этот коморбидный фон довольно часто встречается у хирургических больных, особенно в пожилом и старческом возрасте. И эти сопутствующие заболевания нужно учитывать при прогнозировании исхода и возможных осложнений операции. В хирургической практике особенно важно учитывать, что коморбидность часто встречается у пожилых людей, она увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Чудин С.В., Никитин Д.А.

ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Рязань, Россия

Введение. За последние 10 лет достигнуты значительные успехи в хирургическом лечении больных с объемными образованиями печени, что привело, прежде всего, к улучшению ближайших результатов, а также к снижению послеоперационных осложнений. Летальность после обширных резекций печени снизилась до 0,8–7 %.

Целью исследования является анализ ранних послеоперационных осложнений у пациентов с объемными образованиями печени опухолевой и неопухолевой природы в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 55 резекций печени по поводу объемных образований, выполненных за период с 2007 по 2011 гг. Среди пациентов в возрасте 30–77 лет 60 % (33) составили женщины и 40 % (22) мужчины. Новообразования были злокачественными у 38 (69 %) больных, доброкачественными – у 17 (31 %). Были выполнены следующие оперативные вмешательства: анатомические резекции печени – 42 (76,4 %), в том числе обширных – 28 (66,7 %), экономных – 14 (33,3 %) и атипичных – 13 (23,6 %).

Результаты. По характеру послеоперационных осложнений при операциях на печени выделяем воспалительные и невоспалительные. Наиболее частыми невоспалительными осложнениями (27; 62,8 %) являются: печеночно-почечная недостаточность – у 16 (29 %) пациентов; желчеистечение – у 11 (20 %) пациентов, перенесших обширные вмешательства на печени. Желудочно-кишечных кровотечений из острых язв и внутрибрюшных кровотечений отмечено не было. Из воспалительных осложнений (16; 37,2 %): неинфицированные жидкостные скопления в зоне оперативного вмешательства отмечены в 5 случаях (9 %), нагноение послеоперационной раны – в 3-х (5,4 %), наружный желчно-гнояный свищ – в 1 (1,8 %), абсцесс в зоне резекции печени – в 2-х (3,6 %), бронхо-билиарный свищ – в 1 (1,8 %), реактивный плеврит – в 3-х (5,4 %), пневмония – в 1 (1,8 %).

Заключение. При ретроспективном анализе была выявлена закономерность развития ранних послеоперационных осложнений в зависимости от объёма интраоперационной кровопотери и длительности ишемии печени, что показывает необходимость снижения объёма кровопотери и продолжительности манёвра Прингла.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Козик Ю.П., Неверов П.С., Якута И.С.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Кафедра неотложной хирургии Белорусской Медицинской академии последипломного образования, Минск, Беларусь

Цель исследования: обозначить последовательность и объем мероприятий, обеспечивающих максимальное снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений при панкреатогенных кровотечениях.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов хирургического лечения 75 больных с панкреатогенными кровотечениями (ПК) (2005–2011 гг.) в возрасте от 21 до 75 лет. Всем пациентам проведены радикальные одномоментные оперативные вмешательства: различные варианты дистальных резекций поджелудочной железы (ПЖ) со спленэктомией произведены 23 (30,7 %) больным; гемостаз достигнут иссечением кист, зон деструкции дуоденальной стенки с дуоденопластикой в 7 (9,3 %) случаях; панкреатодуоденальные резекции выполнены 26 (34,7 %) пациентам; операция Бегера – 4 (5,3 %); объем операции расширен до дуоденопанкреатэктомии в 2-х (2,7 %) случаях; при эктопии ПЖ в стенку двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, произведено ее иссечение с дуоденопластикой – 3 (4,0 %) пациентам; при сегментарной портальной гипертензии вследствие тромбоза селезеночной вены 7 (9,3 %) пациентам произведены гастротомия, гемостаз прошиванием варикозно расширенных вен, спленэктомия; атипичные резекции головки ПЖ выполнены 2 (2,7 %) пациентам; центральная резекция ПЖ – 1 (1,3 %). Из перечисленных оперативных вмешательств 15 (20 %) были повторными и реконструктивными.

Ургентность ситуации, связанная с кровотечением, источник которого расположен в анатомически труднодоступной зоне, сложное мультиорганное строение патологического очага в целом, интимная связь с крупными магистральными сосудами, выраженный деструктивно-дегенеративный процесс в самой ткани ПЖ определяют крайне высокий риск развития послеоперационных осложнений и, как следствие, – летальных исходов. С целью улучшения результатов лечения этой тяжелой категории больных были разработаны основные положения профилактики послеоперационных осложнений в лечении ПК.

Комплекс мероприятий включал.

1. Предоперационную профилактику:

- выполнение по возможности рентгеноэндоваскулярной окклюзии источника кровотечения как временного достижения гемостаза, позволяющего провести адекватную предоперационную подготовку с максимальной коррекцией гемодинамических и гематологических показателей;

- проведение превентивной антисекреторной (сандостатин) и антимикробной терапии;

- коррекцию уровня гликемии.

2. Интраоперационную профилактику:

- определяющим являлся объем оперативного вмешательства, позволяющий радикально удалить пораженную часть ПЖ с одновременной коррекцией всех осложнений хронического панкреатита, пластической реконструкцией вовлеченных в процесс сопредельных органов;

- использование прецизионной хирургической техники при диссекции, мобилизации тканей и формировании соустьев;

- выполнение превентивной сосудистой изоляции;

- проведение прецизионного прицельного гемостаза среза ПЖ;

- формирование панкреато-билиарно-дигестивных и дигестивных соустьев на разных выключенных по Ру петлях;

- адекватное дренирование зоны операции (исключительно дренажными трубками) и выполнение назоинтестинальной интубации зоны анастомозов;

- использование только монофиламентного атравматичного шовного материала;

- полипозиционное применение фибрин-коллагеновых субстанций;

- интраоперационное введение антимикробных препаратов широкого спектра действия, а также введение сандостатина перед наиболее травматичными по отношению к ткани поджелудочной железы этапами операции.

3. Послеоперационная профилактика. Этапное выполнение пред- и периоперационной профилактики по сути не требует проведения специфических мероприятий в послеоперационном периоде, сводя его ведение к стандартному лечению, направленному на адекватную коррекцию белкового и водно-электролитного баланса, восполнение кровопотери, проведение антимикробной и антисекреторной терапии, раннего энтерального питания, иммунокоррекции.

Результаты. У 75 пациентов, оперированных по поводу ПК, в послеоперационном периоде в 2-х (2,7 %) случаях отмечали кратковременное подтекание желчи по страховочному дренажу, которое не потребовало никакой инвазивной коррекции. Релапаротомий, летальных исходов не было.

Вывод. Предложенные положения профилактики позволяют свести к минимуму послеоперационные осложнения в хирургии ПК.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Татаршаов М.Х., Джанкёзов А.С., Джантемиров Б.А., Токова Ф.И.

РГЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Черкесск, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с осложнениями после операции резекции печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 38 больных, которым выполнены различные по объёму резекции печени. У 15 (39,5 %) больных наблюдали 24 различных осложнений: кровотечение – у 4-х, объёмные жидкостные скопления в брюшной полости – у 6, секвестрация печёночной ткани – у 1, печёочно-клеточная недостаточность – у 1, непрогнозируемое желчеистечение – у 3-х, плевральный выпот – у 6, желчный перитонит – у 1, остеомиелит ребра – у 1, билиарный сепсис – у 1. Частота возникновения осложнений было связана как с объёмом резекции, анатомической зоной вмешательства, так и с характером патологии, по поводу которого выполняли оперативное вмешательство, и её осложнений.

Результаты. Причиной массивного кровотечения в одном наблюдении явилось продолжающееся трудно останавливаемое кровотечение в ходе операции из правой печёочной вены, потребовавшая релапаротомии из-за послеоперационного кровотечения из той же вены, в ходе которой больная погибла. В 2-х наблюдениях кровотечение было из внутривенных вен, что потребовало релапаротомии. Кровотечение не носило профузного характера в одном наблюдении, проведённая консервативная терапия оказалась эффективной. При секвестрации печёочной ткани выполнено иссечение девитализированного участка.

Печёочно-клеточная недостаточность развилась после расширенной гемигепатэктомии по типу «обработки-резекции», проведённый комплекс

интенсивной медикаментозной терапии и методов экстракорпоральной детоксикации оказался эффективным.

Из 3-х наблюдений непрогнозирующего желчеистечения, у 2-х больных желчеотделение прекратилось самостоятельно на 6 и 11 сутки, в одном после эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Жидкостные скопления были обусловлены желчными затёками в 2-х случаях, носил серозно-геморрагический характер – в 2-х, имел место сформировавшийся поддиафрагмальный абсцесс – в 1 наблюдении. У всех больных выполнены пункция и дренирование под контролем УЗИ с благоприятным исходом. Плевральный выпот во всех случаях устранён пункциями плевральной полости.

Больному с желчным перитонитом была выполнена релапаротомия, перевязка субсегментарного желчного протока в VIII сегменте печени.

Больному с остеомиелитом ребра выполнена резекция VII ребра.

Летальность составила 10,5 % (4 больных): от массивной кровопотери из правой печёочной вены – 1, на фоне желудочно-кишечного кровотечения, развившегося на почве ДВС-синдрома – 1, от билиарного сепсиса – 1, тромбоэмболии легочной артерии – 1.

Выводы

1. Частота и характер осложнений после резекции печени обусловлены объёмом анатомической зоны резекции, а также характером основного заболевания и его осложнений.

2. Показания к выполнению малоинвазивных и повторных открытых вмешательств определяются характером осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХОЛЕДОХА

Теремов С.А., Мухин А.С.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Нижний Новгород, Россия

Одним из тяжёлых осложнений холедохолитиаза и хирургических вмешательств на большом дуоденальном соске (БДС) и терминальном отделе холедоха (ТОХ) является острый панкреатит.

Материалы и методы. С января 2000 г. по декабрь 2010 г. в хирургическом отделении ГБУЗ НО «Городская больница № 35» г. Нижнего Новгорода находились на лечении 277 пациентов с осложнёнными формами желчнокаменной болезни. Мужчин было 54 (19,5 %), женщин – 223 (80,5 %). Возраст больных варьировал в пределах от 15 лет до 91 года

(Me = 68,0 лет). Оперированы на внепечёочных желчных протоках 223 (80,5 %) человека. Характер патологии внепечёочных желчных протоков был представлен следующим образом: холедохолитиаз, стеноз терминального отдела холедоха, механическая желтуха – 106 (47,5 %), стеноз БДС – 64 (28,7 %), ущемлённый камень БДС – 48 (21,5 %), резидуальный холедохолитиаз – 5 (2,3 %). Из них острый панкреатит, подтверждённый клинически и лабораторно, осложнил течение протоковой патологии в 52 (23,3 %) случаях.

Виды операций ($n = 223$): латеролатеральная холедоходуоденостомия выполнена 56 пациентам, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – 90, холедохолитотомия, шов холедоха – 38, холедоходотомия, низведение камня в двенадцатиперстную кишку – 16, термилолатеральная холедоходуоденостомия – 5, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 11, гепатикоеюностомия – 4, холедоходотомия, ревизия и шов холедоха – 3 пациентам.

Результаты. Во всех случаях вмешательств на БДС и ТОХ комплекс периоперационного лечения включали октреотид в дозе 0,1 мг за 1 ч до лапаротомии, после операции – по 0,1 мг 3 раза в сутки, на протяжении 7 последующих дней. Для быстрой ликвидации желчной и панкреатической гипертензии операцию завершали дренированием желчных путей через культю пузырного протока (патент на полезную модель № 99973, приоритет от 05.05.2010).

Показаниями к наружному декомпрессионному дренированию также считали: острый панкреатит, ущемлённый камень БДС, гнойный холангит, выраженные воспалительные изменения стенки общего

желчного протока. Наружное декомпрессионное дренирование способствует стиханию имевшихся до оперативного вмешательства явлений острого панкреатита и профилактике острого панкреатита в раннем послеоперационном периоде после вмешательств на ТОХ и БДС. Дренаж культы пузырного протока после операций внутреннего дренирования применён в 198 случаях. У всех оперированных пациентов удалось добиться стихания острого панкреатита в ближайшем послеоперационном периоде.

Послеоперационного панкреатита после вмешательств на БДС и ТОХ не отмечено. Летальность составила 1,8 % (умерло 4 больных). Средний койко-день пребывания в стационаре составил $17,6 \pm 10,1$ (медиана – Ме 17,0). Средний койко-день после операции составил $15,2 \pm 9,7$ (медиана – Ме 13,0).

Заключение. Применение дренажа культы пузырного протока для декомпрессии желчных путей после вмешательств на БДС и ТОХ в сочетании с медикаментозными методами позволили добиться хороших ближайших результатов лечения у данной категории пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ МИНИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хатьков И.Е. ¹, Цвиркун В.В. ², Израйлов Р.Е. ¹

¹ Кафедра факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

² ФГБУЗ Клиническая больница №119 ФМБА РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить характер осложнений и способы их хирургической коррекции после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции (ЛПДР).

Материалы и методы. С января 2007 по май 2012 гг. выполнено 37 полностью лапароскопических панкреатодуоденальных резекций. В пилоруссохраняющей модификации (ЛПДРп) – 21, классической (Whipple) (ЛГПДР) – 15. Тотальная панкреатэктомия потребовалась в 1 случае. Морфологически верифицированы диагнозы: рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 10, рак терминального отдела общего желчного протока – 3, рак головки поджелудочной железы (ПЖ) – 21, тотальный рак ПЖ – 1, рак ДПК – 2. Средний возраст больных – 59,5 лет (от 45 до 76).

Результаты. У 12 (33 %) из 37 больных послеоперационные осложнения потребовали дополнительных хирургических мероприятий.

Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) развилась в 6 (16,6 %) случаях. Это стало причиной дисфункции гастроэнтероанастомоза у 1 больного (реконструкция анастомоза при релапароскопии), аррозийного кровотечения из общей печеночной артерии – у 2 (релапаротомии), формирования жидкостных скоплений брюшной

полости – у 3-х (излечены пункционно-дренажными методами).

Несостоятельность билиодигестивного анастомоза (БДА) развилась у 2-х пациентов (реконструкция БДА при релапаротомии – 1, пункционно-дренажные методы – 1). В обоих случаях наружную желчную декомпрессию на предоперационном этапе не выполняли.

Несостоятельность гастроэнтероанастомоза (ГЭА) с формированием поддиафрагмального абсцесса диагностирована у 1 больного (ушивание дефекта при релапароскопии); дисфункция ГЭА на фоне послеоперационного панкреатита – у 1 (реконструкция ГЭА при релапароскопии).

Нарушение проходимости межкишечного анастомоза возникло у 1 больного (реконструкция анастомоза при релапаротомии).

Состоявшееся внутрибрюшное кровотечение из троакарного хода пролечено пункционно-дренажным способом в 1 случае.

Лапаротомия в послеоперационном периоде потребовалась у 4-х (11,1 %) больных, эндовидеохирургические операции (релапароскопия) – у 3 (8,3 %). Пункционно-дренажные вмешательства под УЗ- и рентгенотелевизионным контролем позволили скорректировать осложнения в 5 (13,8 %) случаях.

Таким образом, в 2/3 случаев с послеоперационными осложнениями удалось справиться минимальными методами.

Летальность составила 5,5 % (2 пациента). В обоих случаях больным выполняли релапаротомии по поводу профузного внутрибрюшного кровотечения.

Осложнений, связанных с нагноением послеоперационной раны, не было.

Заключение. ЛПДР сопровождается послеоперационными осложнениями, наблюдаемыми при аналогичных традиционных вмешательствах. Полностью отсутствуют раневые осложнения. Минимальноинвазивные технологии (интервенционно-радиологические и эндовидеохирургические) позволяют полностью корригировать послеоперационные осложнения в 2/3 случаев.

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ

Хубутия М.Ш., Чугунов А.О., Андрейцева О.И., Журавель С.В., Новрузбеков М.С., Магомедов К.М., Чжао А.В.

*ГУЗ г. Москвы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия
Кафедра трансплантологии и искусственных органов ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия*

Печеночная недостаточность – комплекс симптомов, характеризующийся нарушением одной или нескольких функций печени, появляющийся вследствие повреждения её паренхимы. Характерными симптомами пострезекционной печеночной недостаточности (ПРПН) являются гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, удлинение протромбинового времени, повышение уровня лактата и/или печеночная энцефалопатия различной степени. Достаточно обоснованным количественным критерием ПРПН является критерий «50–50»: протромбиновый индекс < 50 % (> 1,7 МНО) и сывороточный билирубин > 50 мкмоль/л (2,9 мг/дл) на 5-е сутки послеоперационного периода. При наличии критерия «50–50» риск послеоперационной смертности у пациентов после обширных резекций печени без предшествующего ее заболевания достигает 59 % в сравнении с 1,2 % при отсутствии данного критерия (чувствительность 69 %, специфичность 98,5 %).

Целью исследования являлся анализ развития печеночной недостаточности и эффективности различных методов ее лечения после трансплантации и резекции печени.

Материалы и методы. Оценены результаты 150 резекций печени и 217 трупных трансплантаций печени, выполненных в ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Ретроспективно проанализированы: частота развития печеночной недостаточности, применяемые методы лечения, исходы. В послеоперационном периоде контролировали уровень энцефалопатии по клиническим показателям и тесту связи чисел, динамику билирубина, альбумина, АЛАТ, АСАТ, креатинина, МНО, лактата. Ежедневно больным выполняли ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием.

Результаты. ПРПН развилась у 1 (0,6 %) пациента после расширенной правосторонней гемигепатэктомии, вследствие функциональной недостаточности оставшейся паренхимы печени (сегменты I, II, III). После операции нарастала

печеночная энцефалопатия, в анализах крови определяли выраженное нарастание уровня ферментов цитолиза (АЛТ – 4800 ед. и АСТ – 5600 ед.), билирубина – 230 мкмоль/л, МНО – 3,8, лактата до 4 ммоль/л. Несмотря на проведенные экстракорпоральные методы детоксикации, улучшения в состоянии пациента не было отмечено. На 6-е сутки пациенту выполнена трупная трансплантация печени.

Клинический синдром печеночной недостаточности (ПН) развился у 20 (9,2 %) пациентов после трансплантации печени (ТП) вследствие нефункционирующего (НТ) или плохо функционирующего трансплантата.

Экстракорпоральный альбуминовый или адсорбционный диализ (MARS или Prometheus) применяли у 10 пациентов, ретрансплантация печени была выполнена 2 пациентам с НТ.

Показаниями к использованию экстракорпорального адсорбционного диализа были: уровень билирубина в плазме > 255 мкмоль/л через 2 дня после операции, ухудшение метацитинового теста, печеночная энцефалопатия 3–4 степени, нарушение функции почек, связанное с печеночной недостаточностью. Абсолютным противопоказанием для применения экстракорпоральных методов являлось среднее артериальное давление (САД) (на фоне применения вазопрессоров) < 55 мм рт. ст.

Летальность у пациентов с ПН после ТП составила 70 % (14 пациентов).

Причины, приводящие к повреждению органа, возникали как на донорском этапе (маргинальный донор, неадекватное кондиционирование донора), так и во время и после трансплантации (массивная кровопотеря, тромбоз сосудистых анастомозов).

Заключение. Летальность после трансплантации печени у пациентов с развившейся послеоперационной печеночной недостаточностью составила 70 %.

Применение экстракорпорального альбуминового/адсорбционного диализа позволяет добиться

полного восстановления функций трансплантата или подготовить пациента к повторной трансплантации печени. Трансплантация или ретран-

сплатация печени является радикальным методом лечения пострезекционной печеночной недостаточности и печеночной недостаточности после ТП.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ ПАРАЗИТАРНОЙ ПРИРОДЫ

Цхай В.Ф., Бражникова Н.А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Осложнения после операций на печени по поводу механической желтухи паразитарного генеза можно разделить три группы: 1) общие, характерные для всех вмешательств на органах брюшной полости; 2) характерные для механических желтух; 3) свойственные отдельным паразитарным процессам. К 2-й группе относят печеночную и печеночно-почечную недостаточность, холемиические кровотечения, гемобилия, к 3-й – нагноение остаточных полостей после резекции печени, секвестрацию паразитарной ткани, реактивные плевриты.

В клинике оперировано 562 пациента с механической желтухой на почве альвеококкоза (39), эхинококкоза (18), доброкачественных осложнений хронического описторхоза (505). Послеоперационные осложнения развились у 22,7 %. Из них наиболее частой и неблагоприятной по исходам является печеночная недостаточность (у 23,1 % больных). Она возникает у больных с длительным холестаазом, развитию ее способствуют гнойный холангит, гнойно-септические осложнения. В комплексном лечении печеночной недостаточности большую роль отводят внутривенным инфузиям, благодаря чему летальность снизилась с 38,2 % до 9,5 % ($p < 0,05$).

Кровотечения наблюдали в 2,5 % случаев, они носили холемиический характер, у 3-х больных наблюдали гемобилию. Кровотечений из паренхимы печени после операций по поводу альвеококкоза, эхинококкоза, описторхозных кист и абсцессов не отмечали благодаря принятой методике гемостаза по Б.И. Альперовичу (предварительное наложение по линии резекции печени блоковидных швов с последующим лигированием сосудов, попадающих в плоскость разреза). Усиливает гемостатический эффект применение разработанной в клинике криоаппаратуры, аргонусиленная электрокоагуляция.

В профилактике нагноений остаточных полостей после резекции печени придаем значение адекватному дренированию, в том числе собственными оригинальными дренажными устройствами, с применением активной аспирации. В лечении большую роль отводили иммуностимулирующей терапии. Эти мероприятия ведут и к предупреждению реактивных плевритов, возникновению которых способствуют длительное нахождение дренажей в поддиафрагмальном пространстве и особенности лимфооттока в этой области.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНЫХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩАХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Томаев Г.Г., Анисимова О.В.

Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Желчные и панкреатические свищи представляют серьезную проблему в современной хирургии, при этом внедрение новых технологий и совершенствование оперативных вмешательств не гарантируют от их возникновения. После различных операций на органах гепатопанкреатобилиарной области желчные и панкреатические свищи значительно усложняют послеоперационное течение, в результате увеличиваются сроки стационарного лечения и ухудшается качество жизни больного. Нередко данные послеоперационные осложнения требуют повторных оперативных вмешательств как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационных периодах.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с наружными и внутренними свищами при хирургическом лечении заболеваний печени и поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование вошли 160 пациентов со свищами, возникшими после оперативных вмешательств на печени, желчных протоках и поджелудочной железе, находившихся в клинике в период с 1991 по 2011 гг.: с желчными свищами 105 (65,6 %) пациентов и с панкреатическими – 55 (34,4 %) пациентов.

При выявлении в послеоперационном периоде желчных и панкреатических свищей лечение включало в себя, помимо комплексной консервативной

терапії (масивна інфузійна терапія, аспіраційно-промивне лічення, дієта з обмеженням рідинності, спазмолітична терапія, антисекреторна терапія, а також в ряді спостережень використання аналогів соматостатина – «октреотид» і «октреотид-депо»), чрескожні втручання під УЗ-контролем (дренування скоплень рідинності) і, при необхідності, ендоскопічні маніпуляції (холедоходуоденостомія, цистогастростомія, назобіліарне дренирування і пр.).

До 2005 г. для закриття свищів використовували різні склерозанти (I група), а в останні роки переважно застосовували фібриновий клей (II група).

Результати. В I групі при застосуванні етилового спирта, ліпідолу, куриозина не завжди вдавалося отримати адекватне закриття свищів, в зв'язі з чим приходилося вдаватися до релaparотомії і відкритим ушиванням свищів, що значно збільшувало час стаціонарного лічення. Продов-

жителювання госпіталізації хворих з жовчаними свищами в середньому становило $18,2 \pm 1,8$ днів; при панкреатических свищах – $27 \pm 6,4$ днів.

Во II групі використання фібринового клею сприяло вираженій збільшенню репаративних процесів в області свищового ходу. При швидкому зростанні молодий грануляційної тканини стінок свищового ходу відбувалося швидке закриття свища (в середньому 5–10 днів після початку застосування фібринового клею). Середня тривалість госпіталізації хворих з жовчаними свищами становила $10,3 \pm 2,1$ днів; при панкреатических свищах – $18,3 \pm 3,4$ днів.

Висновок. При закритті жовчних і панкреатических свищів використання фібринового клею на фоні комплексної терапії показало значущу ефективність, завдяки чому вдалося в усіх спостереженнях отримати оклюзії свищів в значно більш короткі терміни, ніж при застосуванні раніше склерозантів.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Шиков Д.В., Лукин А.Ю., Васильев И.М.

*ДЗ г. Москва Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Курс гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия*

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваемости патологии печени, в основном, первичным и метастатическим раком печени, а также паразитарным и доброкачественным опухолевым поражением. В настоящее время единственно радикальным методом лечения у этой категории больных является резекция печени в различных ее модификациях. Несмотря на появление улучшенной и современной аппаратуры, осложнения после резекционных вмешательств остаются на достаточно высоких цифрах и составляют 30–56 %, при этом летальность достигает 8 %.

Материалы и методы. За период с августа 2007 по апрель 2012 гг. в клинике находились 414 пациентов с заболеваниями печени в возрасте от 19 до 80 лет (средний возраст – $59,5 \pm 5,4$), из них с первичным раком печени – 41 (9,9 %), с опухолью Клатскина – 30 (7,2 %), с раком желчного пузыря – 16 (3,9 %), с метастатическим поражением печени – 240 (58,0 %), с эхинококкозом печени – 39 (9,4 %), с гемангиомами – 27 (6,5 %), с фоликулярно-нодулярной гиперплазией (ФНГ) – 21 (5,1 %).

При оперативном вмешательстве в обязательном порядке выполняли интраоперационное УЗИ, которое позволяло визуализировать магистральные венозные сосуды и крупные желчные протоки с целью снижения их травматизации; использовали монополярную и биполярную аргонусиленную

коагуляцию, ультразвуковые ножницы, ультразвуковой дезинтегратор, Cell-saver. С целью контроля желчестаза проводили White-test.

Всего выполнено 152 (36,7 %) резекции печени: анатомических резекций печени – 72 (47,4 %), неанатомических резекций – 78 (51,3 %), лапароскопических атипичных резекций – 2 (1,3 %). С целью снижения риска послеоперационной печеночной недостаточности 8 пациентам первым этапом выполнена портоэмболизация правой ветви воротной вены для викарной гипертрофии левой доли печени. При опухолях Клатскина первым этапом выполняли наружно-внутреннее дренирование желчных протоков – 3 (75 %).

Результаты. У 29 (19,1 %) пациентов отмечены осложнения: специфические – 17 (11,2 %), неспецифические – 12 (7,9 %). К специфическим осложнениям отнесены: послеоперационная печеночная недостаточность тяжелой степени тяжести – 4, билема в области резекции – 2, серома – 7, желчеистечение по страховым дренажам – 3, лимфорей – 1, обтурация холедоха резидуальной оболочкой эхинококковой кисты – 1. Неспецифические осложнения: плеврит – 4, пневмония – 1, ларингит – 1, нагноение послеоперационной раны – 3, тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 3. Летальность составила 1,9 % (3 больных): острый инфаркт миокарда – 2, острое нарушение мозгового кровообращения – 1.

Лечение билом и сером проводили с помощью пункционно-дренирующих методов под контролем УЗИ (5). У пациента с наружной лимфореей выполнена релапаротомия, ушивание дефекта лимфатического протока. При обтурации холедоха резидуальной оболочкой эхинококковой кисты выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и экстракция оболочки. У одного больного с наружным желчным свищем выполнено стентирование холедо-

ха. При всех осложнениях достигнута положительная динамика с последующим выздоровлением.

Заключение. Анализ послеоперационных осложнений показал, что комплексный подход, включая полноценное предоперационное обследование, наличие соответствующего технического оснащения операционной, применение интраоперационного УЗИ, тщательный контроль гемостаза и желчестазы позволяет снизить процент послеоперационных осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОЕЮНО- И ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗОВ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Герасимов А.Ю., Карпов А.А.

ДЗ г. Москва Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Курс гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Несмотря на совершенствование способов хирургического лечения больных с опухолями периапулярной зоны, проблема послеоперационных осложнений остаётся весьма актуальной. Наиболее частым послеоперационным осложнением после ПДР является несостоятельность панкреатодигестивного соустья и формирование панкреатического свища на фоне краевого панкреонекроза культи поджелудочной железы.

Материалы и методы. За период с августа 2007 по апрель 2012 гг. в клинике находились на лечении 489 пациентов с новообразованиями периапулярной зоны в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст – 59,4 ± 11,3), из них с раком головки поджелудочной железы было 312 (76,6 %) пациентов, раком терминального отдела холедоха – 94 (10,3 %), опухолью большого дуоденального сосочка – 103 (13,1 %). Радикальное оперативное вмешательство выполнено 122 (24,8 %) больным: панкреатогастродуоденальная резекция выполнена 101 пациенту, пилоросохраняющая ПДР (ППДР) с объёмом лимфодиссекции D2 – 21.

На реконструктивном этапе при выполнении ПДР при наличии удовлетворительных условий для формирования панкреатодигестивного соустья («плотная» поджелудочная железа, диаметр Вирсунгова протока больше 3 мм) формировали панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) – 41 больной.

При отсутствии таковых условий – формировали либо панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) на дренаже Фелькера, либо панкреатогастроанастомоз (ПГА): ПЕА сформирован 47 больным, ПГА – 34.

Методы профилактики краевого панкреонекроза и последующей несостоятельности панкреатодигестивного соустья были одинаковы как при формировании ПЕА, так ПГА и включали следующее: 1) пересечение ткани железы производили только скальпелем; 2) гемостаз поверхности среза поджелудочной железы производили только посредством прецизионного прошивания кровотокающих сосудов

монофиламентной нитью Prolen 5/0 – 6/0 без использования электрокоагуляции; 3) применение антисекреторных препаратов («Октреотид» 300 мг/сут) с пред-, интра- и послеоперационном периоде; 4) ежедневный мониторинг уровня амилазы в отделяемом по страховочным дренажам.

В оценке результатов хирургического лечения, послеоперационных осложнений использовали классификацию панкреатических свищей ISGPF (An International Study Group definition, 2005), включающую разделение послеоперационных панкреатических свищей на 3 категории: А, В, С по потребности в специфическом лечении, возможности визуализации с помощью неинвазивных методик, таких как КТ и УЗИ, потребности в дренировании, реоперации, повторной госпитализации.

Результаты. У 32 (39,5 %) больных с неудовлетворительными условиями для формирования панкреатодигестивного анастомоза отмечена его несостоятельность. Большинство из них (26) были больные с ПЕА, с ПГА – 6 пациентов. В группе больных с ПЕА панкреатический свищ класса «А» выявлен у 5 пациентов, класса «В» – у 12, класса «С» – у 9. У пациентов с ПГА – класс «А» был у 4 больных, класс «В» – у 2-х. Больных с ПГА и панкреатическим свищем класса «С» не было.

С целью купирования последствий несостоятельности ПЕА пункционно-дренирующие способы лечения применены у 9 пациентов. Релапаротомия выполнена двум больным. Летальный исход зафиксирован 1 (у больного с арозивным кровотечением из верхнебрыжеечной вены на фоне несостоятельности панкреатоеюноанастомоза с формированием внутрибрюшного абсцесса).

Заключение. Формирование ПГА является способом выбора у больных с неудовлетворительными условиями для формирования панкреатодигестивного соустья, что позволяет снизить количество послеоперационных панкреатических свищей и улучшить результаты лечения.

**СТРУКТУРА ПАНКРЕАТОГЕННИХ ОСЛОЖНЕНІЙ ХІРУРГІЧЕСКОГО ЛІЧЕННЯ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Шнейдер В.Э.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия

Результаты хирургического лечения травматических повреждений поджелудочной железы (ПЖ) не могут удовлетворить хирургов. По данным литературы частота послеоперационных осложнений составляет 70–90 %. Все ранние послеоперационные осложнения можно разделить на 3 группы. Это так называемые панкреатогенные осложнения, возникающие из-за высокой протеолитической активности сока поджелудочной железы. К ним относятся различные стадии травматического панкреатита, ферментативный перитонит, аррозионное кровотечение, панкреатический свищ, острые жидкостные скопления в брюшной полости и гнойные осложнения. Во-вторых, это непанкреатогенные осложнения – со стороны других органов, при сочетанных повреждениях. И третья группа – это системные осложнения, к которым относят травматический шок, синдром полиорганной недостаточности, сепсис и т.д.

Целью исследования явился анализ структуры послеоперационных панкреатогенных осложнений у пациентов с травмой ПЖ.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пострадавших с травмой ПЖ за период с 1996 по 2006 гг., находившихся на лечении в ОКБ№2 города Тюмени. В исследование вошли пациенты с острой травмой ПЖ без явлений травматического панкреатита на момент поступления. Кроме того, исключены из этой группы были пациенты, умершие в первые сутки послеоперационного периода от травматического шока. Этим требованиям соответствовало 138 историй болезни пациентов.

Результаты. Без осложнений послеоперационный период протекал у 36 (26,1 %) пострадавших. У 102 (73,9 %) пациентов после хирургического лечения возникли различные осложнения, из них панкреатогенные сформировались у 91 больного

(89,2 %). У всех пациентов в этой группе возник посттравматический панкреатит различной степени выраженности. Интерстициальный травматический панкреатит выявлен у 43 пострадавших, он имел легкое течение у 39 из них, тяжелое – у 4. Более половины всех случаев (52,7 %) панкреатогенных осложнений составили деструктивные формы панкреатита, развившиеся у 48 больных, причем у 34 он был инфицированный, что значительно превышает соотношения этих форм при нетравматических панкреатитах. Летальность при деструктивных формах травматического панкреатита составила 43,8 %, а при интерстициальных – 4,7 %. Панкреонекроз после операции сопровождался ферментативным перитонитом в 14,3 % случаев, с летальностью 69,2 %. На фоне панкреонекроза у 9 пострадавших сформировались поддиафрагмальные абсцессы, а у 13 – флегмона брюшинного пространства, потребовавшие дополнительных хирургических вмешательств. Аррозионное кровотечение отмечено у 8 больных, в 50 % случаев оно привело к летальному исходу. Также частой проблемой после операции на ПЖ является панкреатический свищ. Более 7 дней сохранялось панкреатическое отделяемое у 35 больных, из них 13 были выписаны со свищами, оперативное лечение потребовалось только 2-м больным. Таким образом, у 91 пострадавшего, возникло 171 панкреатогенное осложнение. Летальность в этой группе составила 26,4 %.

Заключение. Основными факторами, влияющими на возникновение панкреатических осложнений оказались: тяжесть повреждения ПЖ, тяжесть состояния пациента при поступлении, тяжесть сочетанных повреждений, наличие инфицирования брюшной полости, герметичное ушивание ран и разрывов ПЖ, использование тампонов и выполнение сложных оперативных вмешательств.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

Штофин С.Г., Штофин А.С., Садовский А.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия

Введение. Наиболее уязвимым звеном панкреатодуоденальной резекции (ПДР) является панкреатодигестивный анастомоз, несостоятельность которого приводит к большому числу осложнений и высокой летальности.

Цель исследования: улучшить ближайшие результаты панкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. С 1981 по 2011 гг. выполнено 219 ПДР, из них репрезентативный анализ непосредственных результатов различных

способов обработки культы поджелудочной железы (ПЖ) произведен у 181 (82,6 %) пациента. По поводу опухолей головки поджелудочной железы оперирован 121 (65,2 %) пациент, периапулярной области – 36 (21,1 %), хронического панкреатита с преимущественным поражением головки ПЖ – 24 (13,7 %). Средний возраст пациентов составил $58,2 \pm 0,63$. Женщин было 52 (28,7 %), мужчин – 129 (71,3 %). Ушивание культы ПЖ произведено у 10 пациентов, окклюзия протока дистальной культы ПЖ – у 87, панкреатодигестивные анастомозы (ПДА) наложены у 84: терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) у 20 из них, инвагинационный ПЕА – у 20, панкреатогастроанастомоз (ПГА) – у 7. При формировании ПЕА 19 больным и ПГА 18 в просвет протока оставшейся части ПЖ устанавливали стенты из никелида титана с памятью формы.

Результаты и обсуждение. В группе больных, которым выполнялась ПДР с перевязкой культы ПЖ, летальность составила 50 %, при окклюзии протоков культы ПЖ общая летальность составила 9,2 %, обусловленная специфическими

осложнениями – 1,2%. При формировании ПДА без стентирования протока у 47 больных летальность составила 8,6 %. В группе из 37 больных, которым формирование ПДА сопровождалось стентированием протока культы ПЖ постоянным стентом из никелида титана, летальных исходов не было.

Заключение. Стентирование главного протока культы поджелудочной железы постоянными стентами из никелида титана с памятью формы при «благоприятном» и «относительно благоприятном» состоянии паренхимы ПЖ при диаметре протока 5 мм и более позволяет предупредить осложнения в виде отека панкреатодигестивного анастомоза или его несостоятельности, ведущих к послеоперационному панкреатиту и перитониту. Предпочтение в создании панкреатодигестивного анастомоза следует отдать панкреатогастроанастомозу, как более надежному и более простому в техническом исполнении. При «неблагоприятном» состоянии паренхимы и узком протоке культы ПЖ следует выполнять ПГА по тем же причинам.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.

ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

Актуальность. В последнее время предложены разные способы резекции печени при помощи различных устройств, тем не менее, количество осложнений остается достаточно высоким.

Цель исследования: изучить и сравнить характер осложнения после резекций печени; сравнить частоту осложнений после больших и экономных резекций печени.

Материалы и методы. За период с 1987 по 2011 гг. по поводу очаговых образований печени оперировано 768 пациентов, из них резекции печени были произведены 553 (72,0 %) больным. Женщин было 343 (62 %), мужчин – 210 (38 %). Возраст больных был в пределах от 12 до 83 лет. Наибольшее количество пациентов оказалось в группах 41–50 лет ($n = 150$) и 51–60 лет ($n = 142$). Всех больных разделили на две группы: первая группа – гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии произведены 255 (46,1 %) больным; вторая группа – анатомические воротные сегмент, би-, трисегментэктомии, атипические резекции печени выполнены 298 (53,9 %) пациентам. Проведен анализ летальности и послеоперационных осложнений в обеих группах за 25 лет и за последние 5 лет. Для обработки данных применяли пакет Microsoft Office Excel 2007 и программу «Statistica 8.0». Для оценки достоверности применен критерий Mann-Whitney.

Результаты. После больших и предельно больших резекциях печени летальность составила 6,3 %. В структуре летальности правосторонняя гемигепатэктомия (ПГ) заняла 44 %, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (ПРГ) – 25 %, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГ) – 13 %, левосторонняя расширенная гемигепатэктомия (ЛРГ) – 19 %. После сегментарных резекций был единственный летальный исход за все время (0,3 %) при выполнении атипической резекции 5–6 сегментов печени на фоне декомпенсированного цирроза печени. Осложнения после больших резекций распределились следующим образом: печеночная недостаточность – 18 %; гематомы по линии резекции (пункционное лечение) – 9 %; острые гастродуоденальные язвы – 5,5 %; околопеченочные абсцессы – 5,1 %; желчные затеки и свищи – 3,5 %; кровотечения из линии резекции (с релапаротомией) – 2,7 %. Больше количество осложнений – 31 % – отмечено после ПГ и ПРГ в сравнении с ЛГ и ЛРГ (19,4 %). После экономных резекций печени отмечены следующие осложнения: печеночная недостаточность – 2,3 %; околопеченочные абсцессы – 1,7 %; желчный свищ – 1 %; кровотечение – 0,3 %; гематома – 0,3 %. Осложнений во второй группе отмечено достоверно меньше ($p < 0,04$). За последние 5 лет летальность в первой группе составила 3,5 %; во второй – 1,1 %. С 2007 г. было выполнено всего 2 релапаротомии

по поводу осложнений, с другими осложнениями удалось справиться при помощи пункционных методик. Осложнения в первой группе: печеночная недостаточность – 5,3 %; абсцессы – 3,5 %; острая язва желудка – 2 %; кровотечения – 1,8 %; гематома – 1,8 %. Во второй группе отмечены единичные случаи окологепаточного абсцесса, гематомы и печеночной недостаточности, что составило по 1,1 %. Осложнений во второй группе оказалось достоверно меньше ($p < 0,02$).

Выводы. После экономных резекций печени в сравнении с большими и предельно большими отмечается меньшая летальность, меньшее количество осложнений и их тяжесть. Наиболее частыми осложнениями являются: печеночная недостаточность, гематомы линии резекции печени, острые гастродуоденальные язвы. За последние 5 лет в обеих группах снизилась летальность и число осложнений в связи с внедрением новых технологий и оборудования.

ХІРУРГІЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНІ

РАДИКАЛЬНІ І ПАЛІАТИВНІ РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧЕНІ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗІ

Альперович Б.І., Мерзликин Н.В., Лызко И.А., Зайцев И.С.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Введение. Альвеококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, по течению и исходам сходное со злокачественными опухолями печени. Единственным методом лечения альвеококкоза на сегодняшний день является хирургический. Резекция печени – вмешательство, которое приносит больному полное и длительное излечение.

Материалы и методы. Авторы располагают опытом 163 резекций печени при альвеококкозе. Для операций использовали методику, разработанную в клинике, с предварительным гемостазом в виде гемостатических блоковидных швов и окончательным гемостазом – лигированием сосудов и протоков в плоскости разреза. Методика позволила успешно осуществить радикальные резекции печени любого объема вплоть до расширенных гемигепатэктомий, а также произвести успешные вмешательства (впервые в литературе) при двойных локализациях паразитарных «опухолей» в один или два момента. Также произведены повторные «ререзекции» печени при рецидивах заболевания. Летальность составила 6 %. За последние 10 лет летальности после резекций печени не было.

Результаты. Изучение результатов операций показало, что больные после резекций печени получают полное излечение на длительные сроки (имеются наблюдения сроком более 40 лет).

Низкая операбельность заставила искать дополнительные пути лечения таких больных. Из большой группы паллиативных вмешательств наиболее «радикальными» являются паллиативные резекции, во время которых удаляется почти вся паразитарная ткань с оставлением небольших участков в зоне ворот печени или нижней полой вены с одновременным криовоздействием на паразитарную ткань. Таких паллиативных резекций осуществлено 27.

Изучение отдаленных результатов этих вмешательств показало, что после них пациенты практически здоровы в течение 10–12 лет.

Заключение. Высокие компенсаторные возможности печеночной ткани позволили во время как радикальных, так и паллиативных резекций печени успешно произвести вмешательства даже значительного объема с благоприятным результатом.

РОЛЬ И МЕСТО ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗІ

Альперович Б.І., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Зайцев И.С.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Введение. Единственным методом лечения больных альвеококкозом является радикальная операция резекция печени с паразитарным узлом. Низкая операбельность в связи с длительным малосимптомным периодом течения болезни заставляет решать вопросы целесообразности паллиативных операций и повторных вмешательств при альвеококкозе.

Материалы и методы. В клинике кафедры хирургических болезней СибГМУ осуществлено 64 повторных операций при альвеококкозе. Их проводили как после пробных вмешательств, сделанных в других лечебных учреждениях (2/3 пациентов), так и после паллиативных операций, выполненных ранее в клинике.

Результаты. При рецидивах альвеококкоза после резекций печени оперировано 5 больных, которым осуществлены ререзекции печени. Резекции печени при повторных вмешательствах после пробных и паллиативных операций удалось осуществить 15

больным, паллиативные резекции с криодеструкцией остающихся небольших участков паразитарной ткани в зоне сосудов ворот выполнены 7 пациентам. Эти вмешательства дают хорошие результаты с ремиссией до 10–12 лет. Остальные больные многократно оперированы, им осуществляли паллиативные вмешательства в виде кускования паразита, марсупиализации паразитарных каверн и желчеотводящие операции с обязательным криовоздействием на паразит. Число повторных вмешательств колебалось в пределах от 2 до 5 у одного пациента.

Заключение. При лечении альвеококкоза целесообразно использовать повторные операции, при этом во время операций необходимо многократное криовоздействие на паразитарную ткань сверхнизкими температурами, что значительно улучшает исходы вмешательств. Паллиативные резекции печени с криодеструкцией приводят к длительной ремиссии и позволяют продлить жизнь пациентов на 10–12 лет.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА АЛЬВЕОКОККОВОЙ ПРИРОДЫ

Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Зайцев И.С.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Растущий паразитарный узел альвеококка раздвигает, смещает окружающие ткани, затем сдавливает их и, наконец, прорастает. В результате этого у пациентов развивается механическая желтуха. Этот симптом многие авторы прошлых лет считали главным признаком альвеококкоза. В действительности механическая желтуха является признаком терминальной стадии паразитарного поражения печени.

Желтуха при альвеококкозе развивается в трех основных вариантах. Чаще всего она является результатом роста большого паразитарного узла, достигающего ворот печени, сдавливающего и прорастающего их. Во втором варианте, который встречается значительно реже, изначально располагающийся в зоне ворот паразитарный узел рано смещает и прорастает ворота печени. Причина редкой встречаемости этого варианта кроется в разнице размеров сколексов паразита, которые редко застревают в больших сосудах зоны ворот, а чаще проникают на периферию органа. В третьем варианте большая паразитарная «опухоль», зани-

мающая задние отделы правой половины печени, прорастает в забрюшинное пространство, где внедряется в ткань головки поджелудочной железы и захватывает дистальные отделы желчных путей.

Особенностью желтухи альвеококковой природы является ее медленное развитие, что всегда приводит к компенсаторной гипертрофии непораженных отделов печени и обеспечивает длительное сохранение ее основных функций.

Лечение таких видов желтухи представляет трудную задачу в связи с обширными поражениями печени. Большинство авторов считает целесообразным осуществление двухмоментных операций, когда в первый момент осуществляется наружное отведение желчи, а затем корригируется ее отток в кишечник. Таких вмешательств в клинике кафедры хирургических болезней СибГМУ осуществлено 13. В последние годы начали применять новую методику реканализации желчных путей в зоне паразитарной «опухоли» с последующим стентированием протоков, таких вмешательств осуществлено 7. Эта методика дает хорошие результаты.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Табаров З.В., Сафаров Б.Дж.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

Введение. Альвеококкоз тяжелое опухолеподобное заболевание характеризующийся хроническим, медленным, но неуклонным и агрессивным течением, с развитием в печени солитарных или множественных паразитарных узлов, способных к инфильтративному росту и метастазированию в другие органы. В Республике Таджикистан альвеококкоз встречается крайне редко и поэтому вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний не проработаны до конца.

Целью исследования явилось улучшение непосредственных результатов хирургического лечения альвеококкоза печени.

Материал и методы. За период 2003–2011 гг. обследовано и прооперировано 16 больных с альвеококкозом печени. Мужчин было 4 (25 %), женщин – 12 (75 %), возраст пациентов варьировал в пределах от 26 до 69 лет. Все больные коренные жители регионов Республиканского подчинения не выезжавшие за пределы страны. Поводом для обращения явилось обнаружение больными опухолевидных образований в правом подреберье, желтушность кожи, склер, наличие кожного зуда и потеря веса. Увеличение и асимметрию живота,

расширение подкожных вен передней брюшной стенки отчетливо прослеживали в 5 случаях. Размеры альвеококка варьировали в пределах от 7 до 25 см, при этом множественное поражение печени в виде двух или трех узлов в обеих долях печени отмечено у 11 (68,8 %) больных.

Наличие опухолевидного образования подтверждено данными УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопии, но окончательный диагноз верифицирован интраоперационно и гистологически.

Характерно было блестящая бледно-желтого цвета поверхность образования каменной консистенции с неровными контурами. Одной больной было отказано в резекции печени в силу распространенности процесса в нижнюю долю и печеночные вены, операцию закончили сквозным транспеченочным дренированием (частично реканализацией) левого печеночного протока по типу Praderi-Smith.

После морфологической верификации диагноза, в комплекс консервативных мероприятий подключали альбендозол по 500 мг/сут. в течение месяца.

Результаты. При билобарном поражении печени оперативное вмешательство было закончено анатомической резекцией правой доли с атипич-

ной резекцией левой доли в пределах здоровых тканей у 8 пациентов; выполнена атипичная резекция двух сегментов их обеих долей печени с оставлением на нижней полой вене фрагмента паразита площадью 10 см² – у 3 больных. В 3 случаях типичного поражения правой доли печени было выполнено оперативное вмешательство в объеме гемигепатэктомии. Ввиду прорастания узла альвеококкоза в гепатикохоледох, вслед за выполнением левосторонней гемигепатэктомии и резекции зоны конfluence, в 2 случаях операцию заканчивали формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру. Срез печени и оставшийся фрагмент альвеококка обработаны струей горячего воздуха (500 °С), подаваемого из пневмотермокоагулятора (патент ТЈ-№ 234).

В послеоперационном периоде на 19 сутки вследствие прогрессирующей печеночной недостаточности умер 1 больной. Кратковременное желчеистечение с содружественным плевритом установлены в 2 случаях. Поддиафрагмальный абсцесс, потребовавший релапаротомии, санацию и дренирование гнойника отмечен в 1 наблюдении.

Заключение. При альвеококковом поражении печени одинаково допустимо выполнение типичных и атипичных резекций печени. Антипаразитарная термическая обработка среза печени и оставленного фрагмента паразита, также позволяет сократить применение противопаразитарных препаратов и улучшает результаты хирургического лечения альвеококкоза, снижает риск развития рецидива заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА

Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М., Мищенко М.А.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Киров, Россия

Цель исследования: определить особенности хирургического лечения распространенного альвеококкоза печени, осложненного формированием полостей распада.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА (руководитель профессор В.А. Бахтин) в период с 2005 по 2012 гг. наблюдали 12 пациентов с распространенным альвеококкозом печени с распадом узла и формированием обширной полости. Полость распада альвеококка располагалась в проекции правой доли печени в 11 случаях, в центральных отделах – в 1. Объем полости по данным КТ составлял от 875 до 1800 мл (1278 ± 357 мл). В процентном отношении от общего объема печени полость распада занимала от 39 до 62 %. Ангиографическое обследование (целиакография и возвратная портография) проводили 7 пациентам. Различной степени выраженности признаки билиарной гипертензии с повышением прямого билирубина и маркеров холестаза имелись в 5 (41,7 %) случаях из 12. У всех больных отмечали вовлечение в процесс правого купола диафрагмы от подрастания (7 больных) до прорастания на всю толщу диафрагмы (3 больных), а также с врастанием в базальные отделы легких (2 больных).

Результаты. Все больные были радикально оперированы. В один этап оперировано 7 больных с полостью распада, не превышающей 50 % общего объема печени при сохранной функциональной активности и отсутствии признаков механической желтухи: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – 3, ПГГЭ с краевой резекцией 4 сегмента – 3, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (ПРГГЭ)

– 1 больной. Реконструктивно-пластические вмешательства на желчных протоках выполнены 2 больным. В 2 этапа оперированы 5 пациентов. Показаниями к этапному лечению являлись полость распада более 50 % объема печени со слабой гипертрофией левой доли, признаки функциональной неполноценности печени, билиарная гипертензия либо сочетание перечисленных осложнений. Первым этапом осуществляли открытое наружное дренирование полости распада с постановкой в нее постоянного дренажа (дренажей) для последующей санации. Операцию проводили в максимально щадящем временном и аггессологическом режиме. Во время операции после опорожнения полости оценивали состояние кавальных и глиссоновых ворот, прогнозируя объем предстоящего радикального этапа. Перед проведением второго этапа повторяли КТ печени. Во всех случаях отмечали практически полную ликвидацию полости распада, непораженная левая доля значительно увеличивала объем за счет спавшейся полости. У больных с желтухой нормализовался билирубин. Вторым этапом 2 больным выполнили ПГГЭ, ПРГГЭ – 2, левостороннюю расширенную гемигепатэктомию – 1 больному (из них с вмешательством на желчных протоках 3 больным). Второй этап операции проводили не ранее чем через 6 месяцев после дренирования полости распада.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 8 больных: правосторонний выпотный плеврит у 5 больных, гематома послеоперационного рубца – у 1, несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 2, желчный свищ – у 1. В группе больных с обширными полостями распада от гнойных осложнений и прогрессиру-

ючої печеночної недостаточності внаслідок несостойливості білідигестивного анастомоза умер 1 больної.

Висновки. Осложнение альвеококкоза печени в виде полости распада требует дифференцированного подхода к определению показаний и объема операции. При сохранной функции печени, объеме

полости менее половины объема печени и отсутствии признаков механической желтухи радикальная операция может быть проведена в один этап. При полостях распада более 50 % объема печени, нарушенной ее функции и признаках механической желтухи целесообразно разделить радикальное лечение на несколько этапов.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М., Мищенко М.А.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Киров, Россия

Цель исследования: изучить возможности этапного хирургического лечения распространенного альвеококкоза печени.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА (руководитель профессор В.А. Бахтин) в период с 2005 по 2012 гг. проходили лечение 5 больных с распространенным альвеококкозом, при котором поражение печени составляло 75 % и более. Мужчин было 3, женщин – 2. Возраст больных варьировал в пределах от 33 до 58 лет. Уроженцами Кировской области являлись 3 больных, других регионов России – 2. Всем больным при поступлении проведено полное клиническое обследование, включавшее углубленную оценку функций печени, КТ печени с определением объема пораженной и неизмененной ткани, ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием и ангиографию (спленоporto- и возвратной артериографии). Радикальное хирургическое лечение по результатам обследования предполагало проведение обширных резекций печени в объеме расширенной гемигепатэктомии. Локализация узлов альвеококка в печени была следующей: правая половина – 3 больных, центральная локализация – 2 больных. Во всех случаях проведение одномоментной радикальной операции было сопряжено с высоким риском развития послеоперационной печеночной недостаточности, что в свою очередь объяснялось низкой степенью гипертрофии остающейся непораженной части печени.

Результаты. Все больные были оперированы в 2 этапа. Первым этапом осуществляли лапаротомию, ревизию печени для окончательного определения объема предстоящей радикальной операции. Для стимуляции компенсаторной гипертрофии в глиссоновых воротах производили перевязку ветви воротной вены, предполагающейся для удаления половины печени, производили холецистэктомию. При отсутствии осложнений больного выписывали с рекомендацией проведения контрольной КТ через 4 недели. Во время проведения КТ оценивали степень гипертрофии непораженных отделов остающейся доли печени в см³. При увеличении объема до 450 см³ и более ставили показания к радикальной операции. Все 5 больных оперированы радикально. ПРГЭ выполнена 4 больным, ЛРГЭ – 1 больному.

Ранний послеоперационный период осложнился правосторонним плевритом – у 3 больных, истечением асцита – у 1 пациента. Летальных исходов в исследуемой группе не было отмечено.

Выводы. При распространенном альвеококкозе печени с объемом поражения 75 % и более с целью стимуляции компенсаторной гипертрофии непораженной паренхимы целесообразно этапное хирургическое лечение с перевязкой на первом этапе ветви воротной вены планирующейся для удаления доли печени. Радикальная операция может проводиться после КТ-контроля печени с расчетом степени гипертрофии. Объем остающейся после резекции ткани печени должен составлять не менее 450 см³.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Беззозов Х.С., Беззозов Б.Х., Мамашев Н.Д., Уметалиев Т.М., Белекбаев Т.М., Ажибеков С.Ж.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: анализ результатов резекций печени по поводу осложненного альвеококкоза.

Материалы и методы. С 2009 г. в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпита-

ля при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики находилось на лечении 30 больных с осложненными формами альвеококкоза печени. Женщин было 19 (63,3 %), мужчин – 11 (36,7 %), возраст больных варьировал в пределах от 16 до 57

лет. Проявления осложнений альвеококкоза были представлены следующим образом: билобарное поражение выявлено у 6 больных, кавернозные формы альвеококкоза – у 7, механическая желтуха – у 4, прорастание нижней полой вены – у 10, прорастание надпочечника справа – у 2, прорастание брюшинного пространства и ворот правой почки – у 1. Следует отметить, что у 10 больных было 2 и более осложнений. Метастазы альвеококкоза в головной мозг выявлены у 2 больных. Эксплоративные лапаротомии и нерадикальные операции ранее были проведены 13 (43,3 %) пациентам. Объем резекции определялся размером и локализацией образования, также функциональным состоянием печени, окончательно вопрос о резектабельности решался интраоперационно.

Результаты. Пациентам с альвеококкозом печени было выполнено 27 (90 %) резекций печени. Объемы операций: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – у 6 больных (сочеталась с краевой резекцией нижней полой вены (НПВ) – у 1 больной, с адреналэктомией справа – у 1); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) – у 6 (сочеталась с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру у 1 больной, с тромбэктомией из воротной вены – у 1 пациента); резекция центральных сегментов печени – у 2; расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – у 7. Сегмент-, бисегментэктомии и атипичные резекции печени выполнены 6 больным (у 1 больной сочеталась с краевой резекцией НПВ). Эксплоративная лапаротомия произведена в 3 (10 %) случаях. Интраоперационная кровопотеря зависела от объема резекции печени. Максимальный объем кровопотери составил 3500 мл при РПГГЭ. Средний объем кровопотери при ПГГЭ составил

– 1600 мл, при левосторонней гемигепатэктомии – 1100 мл.

Радикально прооперированы 15 (50 %) пациентов.

Паллиативные резекции печени выполнены 12 (40 %) больным (из них ранее оперировано 4 больными): гемигепатэктомия – 2, расширенная гемигепатэктомия – 8, атипичная резекция – 2. «Пластинка» альвеококкового узла оставлена на НПВ у 8 больных и на воротной вене – у 1 больного.

Интраоперационной летальности не было.

Послеоперационные осложнения возникли у 8 (26,6 %) больных, у некоторых сочетанные: печеночная недостаточность возникла у 5 пациентов; реактивный плеврит – у 6; желчеистечение – у 6, что объясняется, по-видимому, предельно обширной раневой поверхностью печени. Отмечено 2 (7,4 %) летальных исхода: от острого желудочно-кишечного кровотечения – 1, от острой печеночной недостаточности – 1.

В отдаленном периоде умерло 2 (6,7 %) пациента. Через 18 месяцев у одного пациента обнаружены множественные метастазы альвеококкоза в головной мозг. Следует отметить, что этот пациент был ранее дважды нерадикально оперирован (2006 и 2007 гг.). Другая пациентка умерла через 7 месяцев после паллиативной расширенной гемигепатэктомии от печеночной недостаточности, вследствие продолженного роста.

Заключение. При осложненном альвеококкозе печени радикально оперированы 50 % пациентов. Условно-радикальные (паллиативные) резекции при альвеококкозе печени продлевают жизнь больным, улучшают качество жизни. Вопрос о резектабельности осложненных форм альвеококкоза печени должен решаться окончательно только интраоперационно.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА (HIFU-ТЕРАПИЯ) В ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Иманкулов С.Б., Федотовских Г.В., Асабаев А.Ш., Ерлан М., Шаймарданова Г.М., Жампеисов Н.К., Нарбаев А.Е.

Национальный научный медицинский центр, Астана, Казахстан

Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU) заявил о себе как новый клинический метод неинвазивного, локального, направленного лечения опухолей.

Цель исследования: изучить возможности воздействия высокоинтенсивного фокусированного ультразвука при альвеококкозе печени.

Материалы и методы. HIFU-терапия проведена 18 больным с альвеококкозом печени в возрасте 19–53 лет (мужчин – 7, женщин – 11) на терапевтической ультразвуковой системе «JС» (производство КНР). Дооперационно диагноз верифицирован лабораторными методами исследования (биохимические анализы, ИФА и т.д.), УЗИ, КТ, МРТ.

На 3–4-й день после HIFU-абляции альвеолярной эхинококковой кисты производили чрескожную пункцию с последующим морфологическим исследованием аспирированной жидкости.

Результаты и их обсуждение. При морфологическом исследовании у 11 пациентов с альвеолярным эхинококкозом печени после выполненной HIFU-абляции выявили деструкцию выводковых капсул. Ламинарные оболочки были разволокнены, деформированы и фрагментированы. Формирующиеся внутри полости протосколексы были вакуолизированы. Огромное количество гликогенсодержащих клеток с крупными осмеофильными включениями свидетельствовали

ло о полной деструкции наружной поверхности капсул. У 12 пролеченных пациентов через 2 месяца отметили улучшение клинической картины: исчезла желтушность кожных покровов, снизились биохимические показатели крови

гепатобилиарной системы, улучшалось общее самочувствие.

Выводы. HIFU-терапия является эффективным и перспективным методом лечения паразитарных кист печени.

НЕСТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В.

Кафедра госпитальной хирургии ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Альвеококкоз печени является одним из распространенных паразитарных заболеваний. Заболеваемость альвеолярным эхинококком в большинстве эндемических зон колеблется в пределах от 0,03 до 1,2 на 100 тыс. населения. Прогрессирование альвеококковой инфильтрации приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений (механическая желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность), что обуславливает высокие показатели летальности, которые превышают 90 % у нелеченных пациентов. В основе благоприятных отдаленных результатов лежит ранняя диагностика заболевания, адекватные методы хирургического лечения и антипаразитарная терапия. Радикальным методом лечения является резекция пораженного участка печени, которая в большинстве случаев выполняется по типу «периопухолевой» резекции. Послеоперационная летальность и частота осложнений, составляют по сводным данным соответственно 10–34 % и 15–38 %. Сочетание оперативного лечения с применением противопаразитарных препаратов в послеоперационном периоде способствует увеличению продолжительности жизни с 10-летней выживаемостью 85–90 %.

Однако в связи с поздней диагностикой, по мнению ряда исследователей, обширность поражения делает невозможным выполнение радикальных оперативных вмешательств. В этих случаях предлагается использовать многоэтапное лечение с коррекцией развившихся осложнений различными малоинвазивными интервенционными методиками.

Собственный опыт лечения альвеолярного эхинококкоза составляет 12 наблюдений. Клинический интерес представляют два из них с обширным поражением печени и внеорганный паразитарной инвазией. В первом случае объем альвеококковой инфильтрации превышал 80 % паренхимы печени

(1143,8 см³), а предполагаемый остаточный объем после резекции составлял 18,2 % (254,48 см³). В связи с малым объемом остающейся паренхимы, принято решение о проведении хирургического лечения в два этапа. На первом этапе выполнена механическая эмболизация правой ветви воротной вены с целью уменьшения очага поражения и викарной компенсаторной гипертрофии II–III сегментов печени. На протяжении последующих 28 дней больной получал системную антипаразитарную терапию. На втором этапе больному выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Послеоперационный период протекал гладко.

Во втором случае у больного на фоне обширной печеночной паразитарной инвазии (1165 см³) диагностировано вовлечение в инфильтративный процесс купола диафрагмы, правого надпочечника с распространением на нижнюю полую вену и образованием пристеночного тромба. Больному выполнена расширенная комбинированная правосторонняя гемигепатэктомия, с резекцией и пластикой правого купола диафрагмы, адреналэктомией и резекцией подпеченочного участка нижней полой вены с пластикой последней тетрафторэтиленовым протезом. Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было.

В обоих наблюдениях в отдаленном послеоперационном периоде пациенты продолжали получать противотипаразитарную терапию. Период наблюдения составил 24 и 38 месяцев соответственно. За время наблюдения рецидива заболевания не установлено.

Таким образом, обширность альвеококковой инвазии не может являться противопоказанием к выполнению радикальных оперативных вмешательств у данной категории больных.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Курачева Н.А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

В зональном гепатологическом центре г. Томска прооперирован 261 больной с альвеококкозом

печени, из них 39 (14,9 %) пациентов поступили с клиникой механической желтухи.

Ультразвуковий метод займає перше місце в діагностиці альвеококкоза печінки і його ускладнень, дозволяє виявити не тільки очагове утворення, але й локалізувати його з урахуванням сегментарного поділу печінки, встановити поширеність процесу, взаємозв'язок з портальними і кавальними воротами, а також оцінити стан жовчепровідної системи.

Паразитарний вузол поширюється по всіх напрямках, часто по ходу жовчних протоків і судин, здавлюючи і проростаючи їх. Ультразвукова картина представлена вираженим ущільненням перипортальних і перидуктальних тканин в напрямку росту паразита. Поява ознак біліарної і портальної гіпертензії – результат явного запущення захворювання.

Як ускладнення, синдром портальної гіпертензії при альвеококкозному ураженні зустрічається рідко, так як при відносно повільному зростанні паразита вдається сформуватися колатералі, забезпечуючі відтік крові в систему нижньої порожньої вени.

Біліарна гіпертензія при альвеококкозі печінки розвивається у 7,5–30,6 % уражених пацієнтів. Спостерігається декілька варіантів розширення жовчних протоків, залежно від локалізації і поширеності патологічного утворення.

Механічна жовтуха з первинною локалізацією паразита в одній з долей печінки зазвичай спостерігається при залученні в процес великих жовчних

протоків трьох і більше сегментів. В периферических відділах печінки візуалізуються різної ступені дилатації субсегментарні і сегментарні жовчні протоки, які прослідковуються від капсули до контуру паразитарного вузла з ампутацією просвіта на цьому рівні. Тотальне розширення жовчних шляхів з розвитком «синдрому недренируємої доли» можливо при оклюзії долевого протока: ураженої доли невеликим паразитарним вузлом, або неуразженої доли в випадках повного заміщення паразитарною тканиною іншої доли з залученням в процес елементів портальних воріт.

Розвиток альвеококкового вузла в області воріт печінки призводить до здавлення і проростання їх елементів з дилатацією внутрішньопечінкових протоків печінки. Розширення жовчних трактов в обох долях може бути симетричним або асиметричним, що залежить від ступеня поширеності і ураження сегментарних і долевих протоків. При обширному заміщенні долевих протоків жовчний бульбашкоподібний міхур нефункціональний, знаходиться в спавшійся стані. Ультразвукова диференціальна діагностика внепечінкових жовчних протоків і жовчного бульбашкоподібного міхура в цій ситуації ускладнена.

Альвеококковий вузол, що виростає з задньодіафрагмальних відділів печінки, з поширенням на печіночно-дванадцятипалу зв'язку може здавлювати загальний печінковий проток і холедох в проксимальному відділі. При цьому біліарні протоки добре прослідковуються на всьому протязі до рівня обтурації.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мерзликин Н.В., Гюнтер В.Э., Клиновицкий И.Ю., Максимов М.А., Курачева Н.А., Еськов И.М., Саипов М.Б., Шелепов С.В., Пурпурас С.Г.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Лечение поражения печени, вызванного *Echinococcus multilocularis*, остается одной из наиболее сложных задач хирургической гепатологии. Отсутствие эффективных средств химиотерапии данного заболевания делает на сегодняшний день именно хирургическое вмешательство того или иного объема единственным возможным способом излечить пациента или облегчить его состояние. Однако длительное бессимптомное течение заболевания приводит к запоздалому обращению пациентов за медицинской помощью. Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ на протяжении более 30 лет занимается вопросами хирургии альвеококкоза печени. Разработанные методики криовоздействия на паразита и желчеотводящие операции доказали свою эффективность, позволив сохранить жизнь и улучшить ее качество у нескольких сотен пациентов. Разработка новых медицинских материалов позволила расширить возможности помощи этой категории пациентов.

Никелид титана в последнее время является одним из наиболее интересных материалов для

биомедицинского воздействия. Ряд уникальных свойств, таких как биологическая инертность, теплоемкость, способность прогнозируемо менять свойства в зависимости от температуры окружающих тканей и т.д. делает его весьма перспективным для производства медицинских инструментов. «Суммация» благоприятных биологических свойств никелида титана, а также медицинской эффективности криодеструкции обещает в перспективе значительный прогресс в ряде лечебных технологий.

С 2007 г., после периода использования стандартных криоинструментов с полуоткрытым контуром, для криовоздействия на ткань альвеококка, остающуюся после проведения условно-радикальных и паллиативных вмешательств, нами используются криодеструкторы из никелида титана. Достоинством этих инструментов является, в первую очередь, быстрая готовность к работе: в течение 1–2 минут криодеструктор приобретает температуру жидкого азота (ниже -193°C) и может быть использован при операциях, в то время как

при использовании традиционного криодеструктора время выхода на рабочий режим достигало 20 минут. Соответственно, исключается необходимость технического ухода за довольно сложным и громоздким прибором с «полукруглым» контуром. Важно, что замораживающий эффект не уступает традиционным материалам, при этом отсутствует эффект «прилипания» тканей к криодеструктору.

В хирургическом отделении МБЛПУ «Городская клиническая больница № 3» г. Томска (база кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ) в 2007–2011 гг. проведено 20 интраоперационных криовоздействий на очаг поражения у больных с альвеококкозом. Криовоздействие применяли с целью профилактики рецидива заболевания при радикальных и условно-радикальных операциях, а также для деструкции неудаляемой части паразита

при паллиативных вмешательствах. Все операции характеризовались благоприятным непосредственным результатом. При динамическом наблюдении (в сроки 1–4 года) роста оставленной паразитарной ткани (по данным инструментальных методов обследования: УЗИ, КТ, МРТ) также не отмечено.

Кроме того, при проведении желчеотводящих операций у пациентов с механической желтухой, обусловленной альвеококкозом, у 7 больных были использованы стенты из никелида титана, что позволило адекватно восстановить желчеотток по пораженному паразитом магистральным желчным путям, либо предотвратить стриктуру билиодигестивных анастомозов.

Таким образом, применение конструкций и стентов из никелида титана является перспективным направлением в хирургии альвеококкоза печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ

Оморев Р.А., Мусаев А.И., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: представить исходы радикальных и условно-радикальных операций при альвеококкозе печени.

Материал и методы. Наблюдение проводили за 124 больными, из них у 95 (76,6 %) выполнены радикальные и у 29 (23,4 %) условно-радикальные операции (гемигепатэктомия, атипичные резекции печени, резекция сегмента). Мужчин было 42 (33,9 %), женщин – 82 (66,1 %). Объем дооперационного обследования: реакция Казони, УЗИ, КТ и, по показаниям, МРТ, определение функционального состояния печени и почек. Правая доля поражена у 63 (50,8 %), левая – у 38 (30,6 %) и обе доли – у 23 (18,6 %) поступивших. Оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. При альвеококкозе отдавали предпочтение методике Тонг-Тхат-Тунга, как менее травматичной, позволяющей уменьшить кровопотерю в момент операции, используя при этом этапную перевязку сосудов, и метод обеспечивающий определение границ поражения печени альвеококкозом. В момент операции стремились уменьшить кровопотерю – путем тщательного лигирования сосудов и гемостаза, предотвратить развитие печеночной недостаточности, для чего вводили

гепатотропные и иммунокорректирующие препараты и кровезаменители в порталную систему, а в послеоперационном периоде антибиотики. После операции брюшная полость была дренирована с последующей аспирацией отделяемого и осуществлялось УЗИ-мониторинг в динамике для выявления скопления жидкости в брюшной и грудной полости и ее своевременной аспирации, что предотвращало возникновение нагноения.

В момент операции осложнений не было. В ближайшие сроки после операции течение послеоперационного периода было осложнено у 23 (18,5 %) больных (плеврит, нагноение раны, желчеистечение). Было 3 (2,4 %) летальных исхода.

После операции больные получали 3 курса альбендазолом и наблюдение за ними проведено от 6 месяцев до 5 лет. У радикально оперированных больных рецидива выявлено не было. Из 29 больных, которым выполнили условно-радикальные операции, рост паразита, в том месте, где были оставлены очаги, не отмечен ни у одного. Более того, очаги исчезли у 3 больных.

Выводы. Комплексное (хирургическое + медикаментозное) лечение больных альвеококкозом печени обеспечивает хороший клинический результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПРИЕМА АЛЬБЕНДАЗОЛА

Оморев Р.А., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: представить возможности повторной операции при неоперабельной форме альвеококкоза печени.

Материалы и методы. В исследование вошло 27 пациентов с альвеококкозом печени. Паллиативные операции (при наличии желтухи выполнены

желчеотводящие операции) были выполнены 21 (77,8 %) больному (I группа). Диагностическая лапаротомия вследствие распространенности патологического процесса произведена у 6 (22,2 %) больных (II группа).

Результаты. В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, они получали инфузионную и противовоспалительную терапию. В I группе больных (желчеотводящие операции) после улучшения функции печени назначали альбендазол по схеме до момента выписки, а затем рекомендовали продолжить химиотерапию альбендазолом в условиях поликлиники (не менее 3 курсов).

Больным, у которых операция закончилась лапаротомией (II группа), начиная с 3–4-х суток (восстановление желудочно-кишечного тракта) назначали также 3 курса альбендазола.

Контрольное обследование проведено в сроки от 6 месяцев до 5 лет. В I группе обследовано 14 больных. Возможность выполнения повторной операции было установлена у 8 (57,1 %) больных, учитывая улучшение общего состояния, отсутствие желтухи и существенное уменьшение очага поражения в печени, им выполнены радикальные операции. У больных II группы (4 человека) явившихся на контрольное обследование, возможность выполнить радикальную операцию была выявлена у 3.

Летальных исходов не наблюдали ни в одной из групп.

Заключение. У больных с распространенными формами альвеококкоза альбендазол оказывает существенное влияние на очаг альвеококкоза и создает возможность для выполнения радикального оперативного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Целью исследования явилось совершенствование методики резекции печени с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения и улучшение результатов лечения больных с нагноившимися альвеококковыми полостями распада печени путем антимикробного фотодинамического воздействия в сочетании с лазероантибиотикотерапией.

Материалы и методы. В период с 1999 по 2011 гг. в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова находились на лечении 58 больных альвеококкозом печени. Радикальные резекции печени удалось выполнить у 39 (67,3 %) больных. Среди выполненных радикальных операций преобладают анатомические резекции печени, чаще всего это были большие и предельно расширенные гемигепатэктомии.

Пациентов разделили на две группы: основная группа (25 пациентов) – при оперативном вмешательстве применяли углекислотный хирургический лазер «Ланцет» (Россия); группа сравнения (33 пациента) – на этапе резекции использовали традиционные режущие хирургические инструменты.

Заблевание осложнилось нагноением полости распада паразитарной «опухоли», что потребовало проведения ее санации, в 19 (32,8 %) случаях. Для этого в основной группе (9 больных) после эвакуации гнойного содержимого проводили лазерную обработку полости распада с последующим антимикробным фотодинамическим воздействием с использованием фотосенсибилизатора «Фотодитазин®» в виде 0,5% геля-пенетратора, дозой облучения 120 Дж/см². После операции, для профилактики гнойно-септических осложнений, в основной группе

больных, применяли лазероантибиотикотерапию путем внутривенной лазерной обработки крови и аппликационной лазеротерапии. В группе сравнения полость распада обрабатывали 70° этилового спирта.

Результаты. В основной группе пациентов, перенесших резекцию печени, кровотечение из ее культи печени отмечено у 1 больного, которое купировано консервативно. В группе сравнения данное осложнение, потребовавшее проведения повторных оперативных вмешательств, наблюдали в 2-х случаях.

При оценке динамики микробного числа у больных с гнойными полостями отмечено, что в основной группе уменьшение количества микробных тел ниже «критического уровня» (105 КОЕ/г) наблюдали уже спустя 2–3 суток после операции. В группе сравнения этот показатель снижался ниже 105 КОЕ/г только к 5–6 суткам после оперативного вмешательства. Полная элиминация (отсутствие роста флоры из экссудата дренажной трубки) наступала в основной группе на 6,1 ± 1,7 суток, а в группе сравнения на – 8,7 ± 1,6 суток ($p = 0,04$).

Рецидив нагноения полости распада в основной группе больных (9 пациентов) выявлен в 1 (4 %) случае, тогда как в группе сравнения (10 пациентов) он имел место в 3 (9,1 %) случаях.

Выводы. Высокоинтенсивное лазерное излучение у больных альвеококкозом позволило выполнять минимально травматичные резекции печени с эффективным гемостазом, в комплексе с антимикробным фотодинамическим воздействием и лазероантибиотикотерапией адекватно сани-

ровать полости распада, что привело к снижению послеоперационных осложнений, сокращению

сроков нормализации лабораторных показателей и стационарного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г.

*Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия
МБУЗ ГКБ № 8, Челябинск, Россия*

Альвеококк растет инфильтративно, разрушая ткань печени и соседних органов, способен к метастазированию. Частота осложненных форм (механическая желтуха, абсцедирование и т.д.), послеоперационных осложнений и летальность при альвеококкозе печени (АП) остаются высокими.

Цель исследования: ретроспективно проанализировать структуру и результаты лечения АП.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 41 пациента с альвеококкозом печени, находившихся на лечении с 1995 по 2011 гг. Осложненный АП отмечен у 6 (14,6 %) больных: абсцедирование – у 2, механическая желтуха – у 4. Оперировано 34 (82,9 %) больных с АП. Остальным в операции было отказано в связи с сопутствующей патологией. Выполнены следующие оперативные вмешательства: энуклеация – 13, бисегментэктомия – 7, трисегментэктомия – 1, гемигепатэктомия – 4, «кускование» – 4, вскрытие и дренирование «гигантского» абсцесса печени – 1, транспеченочное дренирование желчных протоков сменным дренажом – 2; эксплоративная лапаротомия – 2. Через 3–4 месяца после первой операции повторно оперированы 3 больных. Циторедуктивная правосторонняя гемигепатэктомия по поводу предполагаемой опухоли изначально выполнена 2 больным. По получению морфологического диагноза альвеококка удалены остатки паразита через 4–6 месяцев (по сути, в два этапа выполнена правосторонняя расширенная гемигепатэктомия). При тотальном поражении альвеококком правой доли печени у 1 больной выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, а через три месяца удален небольшой очаг (до 5 см) альве-

ококка левой доли печени (выполнена резекция III сегмента). Одномоментно это не было сделано из-за малых размеров левой доли печени.

Результаты. Летальность составила 2,9 % (из-за массивной кровопотери (расширенная правосторонняя гемигепатэктомии по поводу АП, прорастающего в нижнюю полую вену) умер 1 пациент).

Послеоперационные осложнения были у 7 (20,6 %) больных: желчеистечение – у 2, поддиафрагмальный абсцесс – у 1, правосторонний реактивный плеврит – у 1, пневмония – у 1, ограниченное жидкостное скопление в поддиафрагмальном пространстве – у 1, длительно незаживающая полость зоны резекции печени – у 1 больного. С большинством осложнений справились консервативно. К пункции под УЗ-контролем прибегали у 3 пациентов. Релапаротомия для адекватного дренирования потребовалась у 2 больных. После операции всем пациентам проводили антипаразитарную терапию альбендазолом.

Выводы. Актуальность проблемы АП возрастает, что связано с неконтролируемой миграцией из эндемичных районов и нарушением диспансеризации населения. Высока доля запущенных и осложненных форм заболевания (14,6 %), а соответственно и послеоперационных осложнений (20,6 %). Радикальным методом лечения при АП остается резекция печени, выполненная в пределах здоровых тканей. В ряде случаев приходится прибегать к повторным операциям. Условно-радикальные («кускование») и паллиативные операции (дренирование желчных протоков) показаны при наличии осложнений и отсутствии условий для выполнения радикальных операций.

АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ 51 ПАЦИЕНТА

Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Багмет Н.Н., Ратникова Н.П., Чекунов Д.А., Беджаниян А.Л.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Актуальность. Оперативное вмешательство альвеококкоза печени, при условии полного удаления паразитарной опухоли, является методом выбора при данном заболевании, и остается единственным радикальным лечением. Тем не менее, альвеококкоз чаще диагностируется на поздних стадиях, когда прогрессирование болезни включает возможность выполнения радикальной

резекции печени. Вопросы об объеме операций, целесообразности выполнения «циторедуктивных» вмешательств с сохранением части паразитарной ткани, месте лекарственной терапии остаются предметом обсуждения.

Цель исследования: изучение результатов радикальной и циторедуктивной резекции печени по поводу альвеококкоза.

Матеріали і методи. В дослідженні ретроспективно проаналізовані результати лічення 51 пацієнта з альвеококкозом печінки, яким були виконані хірургічні втручання в період з 1983 по 2011 рр. Хворі були розділені на 3 групи: пацієнти, яким виконані радикальні операції з видаленням всієї паразитарної опухолі (група 1, $n = 23$); пацієнти, яким вироблені циторедуктивні резекції з залишенням частини паразита (група 2, $n = 18$). Особливо розглянута група пацієнтів (група 3, $n = 10$), яким вироблені паліативні маніпуляції по приводу ускладнення захворювання без повного або часткового видалення паразитарної тканини.

Результати. З метою досягнення радикальності хірургічного втручання завжди зберігали прагнення до максимального видалення паразитарної опухолі, тому в загальному спектрі операцій переобладали більші анатомічні резекції печінки ($n = 30$; 73,1 %): правостороння гемігепатектомія ($n = 10$), розширена правосто-

роння гемігепатектомія ($n = 11$), лівостороння гемігепатектомія ($n = 9$). Основними причинами виконання циторедуктивної резекції являлись проростання паразитарними масами нижньої порожньої вени і/або елементів воріт печінки ($n = 11$; 61,1 %), масивне (білобарне) ураження печінки ($n = 5$; 27,7 %).

Віддаленні результати в терміни від 2 місяців до 20 років (медіана – 48,0 місяців) прослідковані у 29 (70,7 %) пацієнтів. 5 і 10-річна загальна виживаемість при альвеококкозі після резекції печінки (як радикальної, так і циторедуктивної) становить 83,6 і 62,7 %. Пятирічна і десятирічна виживаемість в групі 1 становить 100 %, а во другій групі 64,1 % і 32 %, відповідно ($p = 0,02$).

Висновки. Радикальна резекція печінки при альвеококкозі спроможна в більшості випадків повністю излечить пацієнта і дає хороші результати в віддаленому періоді. Циторедуктивна резекція печінки може розглядатися як оправдане хірургічне втручання.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Устинов Г.Г., Инговатова Г.М., Эрих В.Р., Кутькин Д.В.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Барнаул. Россия

Цель исследования: уточнить семиотику лучевых методов диагностики альвеококкоза печени.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов комплексного обследования 294 пациентов альвеококкозом печени. В целях диагностики альвеококка применяли скрининговые методы исследования: обзорную рентгенографию брюшной полости, ультразвуковое исследование и компьютерную томографию.

Результаты. Простым и доступным методом для предварительной постановки диагноза альвеококкоза печени является рентгенологическое исследование. У большинства пациентов (63,3 %) выявляли абсолютные признаки паразитарного узла – наличие очагов обызвествления. Они определялись в виде единичных или множественных очагов неправильной формы (рентгенологический симптом «известковых брызг»). У ряда пациентов обызвествление занимало сегменты или даже доли печени. Практически у всех пациентов определяли косвенные признаки альвеококка: высокое стояние правого купола диафрагмы, смещение его к медиастинальной или костальной плевре, изменение ее контура и подвижности, которые дают основание для проведения целенаправленного исследования. С целью определения прорастания узлом альвеококка диафрагмы накладывали пневмоперитонеум

Характерным ультразвуковым признаком при альвеококкозе была гепатомегалия, которую наблюдали у 81,9 % больных. У всех пациентов в пече-

ни определяли различного размера, неправильной формы экзогенные образования, значительно отличающиеся от непораженной паренхимы. Анализ ультразвуковых признаков позволил выделить три формы роста узла альвеококка по отношению к паренхиме печени: очаговую, инфильтративную и смешанную. При очаговой форме граница узла хотя и была неправильной формы, но в большинстве своем она отчетливо прослеживалась. При инфильтративной форме не было границ перехода между узлом и паренхимой, паразитарный узел как бы переходил в ткань печени. При смешанной форме на отдельных участках граница между узлом и паренхимой все же определялась. У 2/3 больных во время ультразвукового исследования обнаружено увеличение диаметра сосудов коллектора портальной системы и нарушение ее архитектоники, а также расширение ветвей воротной вены перед паразитарным узлом. В ткани альвеококка кровоток отсутствовал.

На компьютерных томограммах контуры паразитарного узла были нечеткими, узел имел пониженную плотность по сравнению с окружающей паренхимой печени. Отмечали деформацию поверхности печени. Структура образования была неоднородная за счет участков низкой плотности (до уровня жидкости в пределах 10–20 ед. Н (плотность распада), которые были разбросаны в разных отделах узла. Кальцификаты и мелкие полости распада являются характерными признаками альвеококко-

за. Наблюдали слияние мелких очагов с формированием большой полости распада, окруженной зоной очень плотных включений – участки обызвествления. Рентгеновская плотность узла альвеококка превышала 75–100 ед. Н. Компьютерная томография также позволяет более четко оценить отношение паразитарного узла к окружающим тканям. При центральном расположении паразитарного узла имелось расширение сосудов портальной системы. У больных альвеококкозом, осложненном механиче-

ской желтухой, отчетливо определяли расширенные внутривнутрипеченочные желчные ходы.

Выводы. Обследование следует начинать с проведения обзорной рентгенографии печени и ультразвукового исследования. Компьютерная томография является завершающим этапом дооперационной неинвазивной инструментальной диагностики. Комплексное инструментальное исследование позволяет у большинства больных поставить точный диагноз.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Тетерин Г.В.

МБУЗ Городская клиническая больница № 11, Новосибирск, Россия
Новосибирский центр хирургии печени, заболеваний желчных путей и поджелудочной железы,
Новосибирск, Россия

Проблема лечения альвеококкоза печени многие годы является острой. Паразит по характеру роста и склонности к инвазии сосудов похож на гепатоцеллюлярный рак, высока инвалидизация больных, не снижается уровень послеоперационной летальности.

Цель исследования: определить показания к различным видам хирургического лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. За годы работы центра по поводу данного паразитоза оперировано 125 пациентов в возрасте от 16 до 79 лет. Наиболее частая локализация паразита – правая половина печени (92 (73,6 %) случая). Размеры очага варьировали в пределах от 8 до 25 см. Большинство больных поступали с клиникой желтухи (71 (56,8 %) наблюдение). Инвазия в крупные сосуды имела у 53 (42,4 %) больных: ворота печени, печеночные вены, нижняя полая вена.

Результаты. Выполнено 3 вида хирургических пособий.

Резекции печени выполнены 78 (62,4 %) пациентам (сегментэктомия – 34, правосторонняя гемигепатэктомия – 32, левосторонняя – 12). Показанием

к резекции являлись: возможность ее выполнения с оставлением не менее 30–40 % паренхимы органа, отсутствие инвазии в крупные сосуды.

Кускование паразита произведено у 23 (18,4 %) больных. Вынужденность этой операции определяли распространенностью поражения, условием являлась нежизнеспособность паразита (чаще с нагноением).

Изоляция питания паразита являлась третьим видом операции (24 (19,2 %) случая). Выполняли хирургическую сосудистую изоляцию путем перевязки долевого сосудистой ножки в воротах печени или блоковидные швы по Б.И. Альперовичу. В последующем 15 (62,5 %) из этих пациентов подверглись резекции органа.

Из 125 пациентов в послеоперационном периоде погибло 6 (4,8 %) (у всех причиной смерти была печеночная недостаточность).

Выводы. Дифференцированный выбор метода операции при альвеококкозе печени должен определяться, в первую очередь, профилактикой вероятной печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ НА ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шойхет Я.Н., Капитулин С.Ю., Фокеев С.Д., Казанцева Е.С.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние распространенности альвеококкоза печени на объем оперативного лечения и качество жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 173 первичных больных с первичным альвеококкозом печени, находившихся в хирургическом отделении ГБ № 5 г. Барнаула с 2000 по 2010 гг. Мужчин было 90 (52 %), женщин – 83 (48 %). Основное

количество пациентов (128 (74 %) приходилось на возраст от 30 до 60 лет. Длительность заболевания на момент госпитализации варьировала в пределах от 1 месяца до 2,5 лет. Ограниченное поражение правой доли печени выявили у 71 (41 %) больного, левой доли – у 25 (14,4 %) лиц. Основные симптомы у данной группы больных – это боли и чувство дискомфорта в правом подреберье. Поражение обеих

долей печени отмечено у 77 (44,6 %) пациентов, из них с вовлечением в патологический процесс центральных сегментов печени (SIV, V) – у 38 (22 %). Эти больные отмечали чувство тяжести в правом подреберье и увеличение размеров печени. Частота ошибок в постановке диагноза альвеококкоза печени составила 43,9 % (76 больных).

Результаты. Всем 173 (100 %) больным проведено хирургическое лечение. В зависимости от распространения процесса в печени проведены следующие операции: радикальные – у 66 (38,1 %) больных, из них резекция доли – у 58 (33,5 %) пациентов и атипичная резекция сегментов печени – у 8 (4,6 %) лиц. При распространенном процессе операции носили паллиативный характер: вскрытие и дренирование полости распада – у 95 (54,9 %) пациентов; резекция-вылушивание узла – у 49 (28,3 %) лиц; кускование альвеококкоза – у 11 (6,4 %) больных; вскрытие и дренирование полость распада – у 36 (20,8 %).

Паллиативные операции были направлены на улучшение качества жизни больных. Процесс в печени был признан не операбельным у 12 (6,9 %) пациентов. В послеоперационном периоде умерло 6 (3,5 %) больных. Причиной смерти послужили: острая печеночная недостаточность – у 5 лиц и ДВС-синдром с кровотечением из раны печени развился у 1 пациента. В 100 % случаев пациенты с паллиативными операциями поступали неоднократно повторно в хирургическое отделение, где им проводили замену дренажа полости распада, вскрытие и дренирование полости распада, а также резекцию-вылушивание узла альвеококка, все это снижало качества жизни данной группы больных, приводя их к глубокой инвалидизации.

Выводы. Ограниченное поражение альвеококком печени позволяет выполнить радикальное лечение, которое ведет к излечению, не требующее в дальнейшем повторных хирургических вмешательств и не снижает качество жизни больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Смирнов А.К., Инговатова Г.М.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель исследования: анализ хирургического лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. В Алтайском краевом гепатологическом центре оперировано 294 пациента альвеококкозом печени в возрасте от 19 до 79 лет. Преобладали мужчины – 213 (72,4 %). Паразитарный узел находился в правой доле печени у 208 (70,7 %) больных. Центральное расположение альвеококка с поражением правой и левой долей печени установлено у 46 (15,7 %) пациентов. Узлы располагались и в правой и в левой долях печени у 11 (3,7 %) больных. В левой доли печени паразитарный процесс диагностирован у 29 (9,9 %) больных. Наиболее частыми осложнениями альвеококкоза были образование полости распада – 202 (68,7 %), механическая желтуха – 156 (53,1 %) и нагноение полости распада – 53 (18,0 %) больных.

Результаты. Выбор оперативного доступа зависел от локализации паразитарного узла и вида предполагаемого хирургического вмешательства. Так при расположении альвеококка в VI, VII, VIII сегментах печени для радикальной операции использовали доступ Петровского – Почечуева, а при расположении узла в V, VI, VII сегментах операцию производили через разрез Черни или Рио-Бранка. Удаление левой доли печени выполняли через расширенный верхне-срединный доступ.

Резекция печени произведена 132 (44,9 %) пациентам, из них радикальные операции выполнены у 67 (50,8 %) больных (среди всех больных радикально оперировано 22,8 %). У большинства

больных выполнили атипичные резекции печени (83 (62,9 %)), что позволяло сохранить значительную часть функционирующей паренхимы печени и избежать развития острой печеночной недостаточности. Анатомические резекции печени были выполнены у 49 (49,2 %) больных; правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 7 пациентам; правосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 9; правосторонняя латеральная лобэктомия – 4; левосторонняя кавальная лобэктомия (удаление II, III сегментов) – 16; левосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 13 больным. Типы резекций печени приведены по классификации В.С. Шапкина.

Большинство паллиативных операций были направлены на устранение осложнений, среди них преобладали желчеотводящие операции. Причиной развития желтухи у 41 пациента было сообщение полости распада с крупными внутривенными желчными ходами. Детрит, попадающий из полости распада альвеококка в желчные ходы, приводил к нарушению их проходимости и развитию желтухи. Кавернотомия и наружное дренирование полости распада приводило к ликвидации желтухи. Холангтогепатоеюностомия выполнена у 37 больных, причем у 18 больных холангтогепатоеюностомия наложена через полость желчного пузыря. У всех больных для наложения анастомоза использовали выключенную по Ру петлю тощей кишки. Более надежной, по сравнению с холангтогепатоеюностомией, является наложение анастомоза на сквозном транспеченочном дренаже. Этот вид операции был

выполнен 62 пациентам. При центральном расположении узла альвеококка 46 больных транспеченочное дренирование производили путем его бужирования. Комбинированные операции, паллиативные резекции или резекции кускавания паразитарного узла и билидигистивные анасто-

мозы произведены 16 пациентам. Всем больным с нагноением полости распада выполнено вскрытие и наружное дренирование.

Заключение. Локализация узла альвеококка, его распространенность и вид осложнения определяет выбор метода оперативного вмешательства.

АСПЕКТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ АЛЬВЕОКОККОЗА

Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия

Введение. Хирургия объемных образований печени из-за сложного специализированного оборудования, медикаментозного и кадрового обеспечения сегодня невозможна в условиях общехирургического отделения любого уровня. Использование в общехирургических отделениях традиционных резекционных технологий ведет к значительному увеличению продолжительности послеоперационного периода за счет развития осложнений.

Разработка современных мануальных резекционных технологий, а так же использование специфического оборудования и инструментов, применяемых, практически, только у этой группы больных способствуют улучшению результатов резекций печени.

Цель исследования: оценить эффективность использования современного специфического оборудования в улучшении результатов резекции печени при лечении альвеококкоза.

Материалы и методы. Проанализирован опыт (с 2000 по 2011 гг.) хирургического лечения 39 больных с поражениями печени альвеолярным эхинококком, которым были выполнены различные по объему ее резекции.

Результаты. С 2000 по 2005 гг. выполнены следующие виды резекции: левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) – у 5 пациентов, правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – у 5, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) – у 4 (1 летальный исход), левосторонняя кавальная лобэктомия (ЛКЛЭ) – у 2, неанатомические резекции (НР) – у 2. Кровопотеря в среднем составляла 800–2000 мл. Отмечен 1 (4,3 %) летальный исход.

С 2005 г. у 16 (41,0 %) в процессе выполнения операций по поводу альвеококкоза печени использовали медицинское оборудование специфичное для операций на печени: ультразвуковой дезинтегратор, водоструйный скальпель, радиочастотная приставка «НАВІВ», фотокоагулятор «ЭКО», аргоновый коагулятор, интраоперационное УЗИ, cell-saver, электрохирургическая система Liga Sure.

У всех пациентов резекцию печени сопровождали УЗ-навигацией. По объему выполнены следующие оперативные вмешательства: ПГГЭ – у 5, ЛГГЭ – у 1 пациента, ПГГЭ +IVa – у 1, ПГГЭ + I – у 2, РПГГЭ – у 4, ЛКЛЭ + IVb + I – у 1, ПГГЭ +IVa +I – у 1 и СЭ I+IV+V – у 1 пациента.

Ультразвуковой дезинтегратор «CUSO» применен у 4 пациентов при сегментарных резекциях. Из недостатков работы этого инструмента следует отметить его невысокий темп диссекции, несмотря на эффективную детализацию тубулярных структур.

Радиочастотная приставка «НАВІВ» использована у 2 больных при неанатомических резекциях печени. Следует подчеркнуть эффективность приставки «НАВІВ» при неанатомических резекциях, а комбинация ее действия с другими способами диссекции позволяет резко уменьшить время операции.

В чистом виде водоструйный скальпель применен у 10 пациентов. Он был успешно использован при всех видах резекций – от сегментарных до расширенных и предельно расширенных нетипичных, в том числе у 2-х пациентов при ПГГЭ +IVa+I и СЭ I+IV+V. Кровопотеря при диссекции водяной струей составляла в среднем от 500 до 1200 мл. Прием Pringl не выполняли.

Фотокоагулятор «ЭКО» применяли на 4-х операциях. Его действие было эффективно при мобилизации печени после перенесенных ранее вмешательств. Он осуществлял гемостаз по линии разреза печеночной ткани с минимальной зоной коагуляционного некроза. Вероятно, это самый эффективный аппарат для гемостаза при паренхиматозном кровотечении.

При кровопотере проводили реинфузию отмытых эритроцитов аппаратом cell-saver у 4 пациентов. Летальный исход 1 (6,2 %).

Заклучение. Применение современных технических средств, обеспечивающих резекцию печени при альвеолярном эхинококке, позволило уменьшить операционную кровопотерю, выполнить резекционные приемы в более радикальном и прецизионном виде.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛЬВЕОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.

ФГБУЗ «Западно-Сибирский Медицинский Центр ФМБА России», Омск, Россия

Актуальность. Омская область является эндемичным по альвеококкозу регионом. В настоящее время диагноз «альвеококкоз» легко устанавливается на догоспитальном этапе, но остаются открытыми проблемы рецидива и послеоперационных осложнений.

Цель исследования: сравнить эффективность различных методов оперативного лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. За 2007–2011 гг. пролечено 45 пациентов с альвеококкозом печени, из них женщин было 24 (53,3 %), мужчин – 21 (46,7 %), в возрасте от 20 до 70 лет, трудоспособные – 75,5 %. Диагностика включала в себя общеклинические методы исследования, УЗИ брюшной полости с дуплексным сканированием, мультиспиральную компьютерную томографию, ангиографию, чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС), диагностическую лапароскопию. Различные резекционные вмешательства были выполнены 41 пациенту, операбельность составила 91,1 %. Радикальные резекции печени выполнены 36 пациентам, резектабельность составила 87,8 % из числа оперированных по поводу альвеококкоза печени. При выраженной механической желтухе у 18 % пациентов с целью декомпрессии желчных протоков первым этапом выполнена ЧЧХС, затем после снижения уровней биохимических показателей (билирубин, АлАТ, АсАТ, ЩФ) произведена резекция печени.

Результаты. По объему оперативного вмешательства выполнено: правосторонних гемигепатэктомий – 10 (24,3 %), левосторонних гемигепатэктомий – 8 (19,5 %), расширенных гемигепатэктомий – 12 (29,3 %), би- и трисегментарных резекций печени – 6 (14,6 %). Двух- и трехэтапные операции пришлось выполнить 9 пациентам. Обоснованность многоэтапности операций диктовалась поражением при альвеококкозе глиссоновых ворот печени. При этом первый этап оперативного лечения завершался наружным дренированием желчных путей, а на втором этапе происходило наложение гепатикоюноанастомоза. Оперативные вмешательства условно-радикального и

паллиативного характера выполнены 5 (12,1 %) пациентам, когда отсутствовали условия для производства радикальных резекций печени. У этих пациентов выполнены резекции с максимальным удалением паразитарной ткани и оставлением небольших ее участков в кавальных и портальных воротах печени или на стенке нижней полой вены. При этом паразитарные элементы обрабатывали путем криодеструкции жидким азотом аппликационным способом при температуре -195°C . В послеоперационном периоде амбулаторно всем пациентам по нормализации лабораторных показателей проводили противопаразитарное лечение альбендазолом (немозолом) тремя циклами по 28 дней. За весь период наблюдения у таких пациентов рецидива (процидива) паразитарной опухоли не наблюдали. Специфические осложнения после радикальных операций развились у 5 пациентов, после условно-радикальных и паллиативных операций у 2 пациентов. Летальность составила 0,05 % (от острой печеночно-почечной недостаточности (1 больной) и от аррозийного кровотечения из воротной вены (1 больной)).

Заключение. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при альвеококкозе печени является резекция печени, выполненная в пределах здоровых тканей. В случаях, когда радикальная резекция невозможна, необходимо проводить условно-радикальные операции, дополняя резекционные вмешательства криодеструкцией пораженных тканей печени. При невозможности одномоментного радикального лечения, показано выполнение многоэтапного оперативного лечения. Объем резекции печени следует выбирать с учетом локализации, количества и распространенности альвеококковых узлов, а также, местных условий и наличия осложнений, таких как: обширное распространение вокруг нижней полой вены, циркулярное поражение кавальных и глиссоновых ворот печени. Следует также большое внимание уделять тяжести состояния и возрасту пациента. Хирургическое лечение желательно дополнять противопаразитарной терапией в послеоперационном периоде.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧЕСЬКОГО ЛІЧЕННЯ ЗАБОЛЕВАНЬ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВІВОДЯЩИХ ПУТЕЙ І ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ

ВАКУУМ-ОБЛИТЕРАЦІЯ НЕСФОРМІРОВАННИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ

Акуленко С.В., Малов А.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В., Захаров А.Г.

*Хірургічна клініка ім. А.І. Кожевникова, Нижній Новгород, Росія
ГБУЗ Нижегородська обласна лікарня ім. Н.А. Семашко, Нижній Новгород, Росія*

Ціль дослідження: вивчення ефективності застосування чрескатетерного вакуумного впливу в ліченні великих псевдокист піджелудочної залози.

Матеріали і методи. Чрескожне зовнішнє катетерне дренирування псевдокист піджелудочної залози під контролем УЗС з наступним вакуумним впливом виконано нами 11 хворим; серед них було – 9 чоловіків в віці від 30 до 46 років і дві жінки в віці від 29 до 43 років. Розміри псевдокист варіювали від 45 до 180 мм. Признаків їх інфікування не відзначалося. Пункційні втручання проводилися з використанням стилет-катетерів ф. «СООК» діаметром 12 СН. Виконувалося зовнішнє органне дренирування псевдокист. Від'ємний тиск в порожнині кисти створювався з допомогою дренажно-вакуумних систем. Тривалість дренирування – від 7 до 18 діб. Ефективність лічення оцінювалася за результатами УЗІ, ЯМРТ і зменшення кількості відділюваного по катетеру.

Результати. У всіх пацієнтів досягнуто клінічного покращення. У хворих з неінфікованими псевдокистами діаметром від 5 до 15 см, при відсутності у кисти ригідної стінки, зв'язи з протоковою системою залози і великих секвестрів

в порожнині через 10 діб після втручання відзначалося повна облітерація кист. При контрольному ультразвуковому дослідженні через 6 місяців після втручання ознак рецидива кистозних порожнин не знайдено. У пацієнтів з розмірами псевдокист, перевищуючими 15 см в діаметрі, а також при наявності у кисти щільної ригідної стінки і, особливо, при наявності в порожнині кистозних секвестрів і (або) зв'язи з протоковою системою піджелудочної залози для досягнення аналогічного результату потребувалося проведення лічення в декілька етапів з виконанням чрезнагстрального катетерного дренирування з наступним формуванням панкреатоцистогастроанастомоза на мігруючому катетері або відкритого оперативного втручання з видаленням секвестрів після курсу прискореної підготовки стінки кисти до накладення анастомоза по авторській методикі.

Висновки. Чрескатетерна вакуум-облітерація псевдокист піджелудочної залози може бути ефективним способом скорочення термінів лічення даної категорії пацієнтів при умові відсутності зв'язи порожнини кисти з вилітковою протокою і відсутності в порожнині кисти великих секвестрів.

Застосування радіочастотної термоабляції в мінімальноінвазивному ліченні гемангіом печінки

Акуленко С.В., Малов А.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В., Захаров А.Г.

*Хірургічна клініка ім. А.І. Кожевникова, Нижній Новгород, Росія
ГБУЗ Нижегородська обласна лікарня ім. Н.А. Семашко, Нижній Новгород, Росія*

Ціль дослідження: вивчення ефективності застосування методу пункційної радіочастотної термоабляції в мінімальноінвазивному ліченні хворих з гемангіомами печінки.

Матеріали і методи. Пункційна радіочастотна термоабляція (РЧА) під контролем УЗС виконана нами 10 хворим; серед них було – 3 чоловіків в віці від 36 до 48 років і 7 жінок в віці від 29 до 47 років. Розміри гемангіом ва-

ріювали від 15 до 60 мм. Попередня ангіографічна емболізація живильних судин виконувалася. Пункційні втручання проводилися з використанням стандартних електродів і генератора ф. Tusco Valleylab за стандартним протоколом РЧА для метастазів аденокарциноми. Ефективність втручання оцінювалася за результатами УЗІ, ЯМРТ і біопсійного морфологічного дослідження.

Результаты. У всех пациентов достигнуто клиническое излечение. У больных с гемангиомами размером от 15 до 30 мм через 2 недели после вмешательства отмечалась полная коагуляция опухоли с образованием фиброзной ткани. При контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев после операции признаков роста и структурных изменений опухолей не найдено. У пациентов с размерами опухолей, превышающими 5 см в диаметре, особенно при локализации опухоли вблизи крупных печеночных вен или ветвей воротной вены для достижения аналогичного результата потребовалось

проведение лечения в несколько этапов с выполнением 3-х и более сеансов РЧТА. Пациентам с размерами опухоли от 3 до 5 см оказалось достаточным выполнение 2-х сеансов РЧТА. Эффективность лечения подтверждалась пункционными биопсиями под контролем УЗС с последующим гистологическим исследованием.

Выводы. Чрескожная пункционная РЧТА гемангиом печени под контролем УЗС является высокоэффективным методом лечения данной патологии при размерах опухолей, не превышающих 6 см в диаметре.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СОСУДИСТОЙ ИЗОЛЯЦИИ ОПУХОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Жвитиашвили И.Д.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Смоленск, Россия
ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

Цель исследования: повышение радикальности панкреатодуоденальной резекции (ПДР) при раке головки поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. С 1999 по 2011 гг. выполнено 44 ПДР по поводу рака головки ПЖ, из них 22 ПДР выполнено методом сосудистой изоляции опухоли (основная группа), 22 ПДР – по классической методике (контрольная группа). С 1999 по 2010 гг. выполнено 17 операций методом сосудистой изоляции. При этом операцию начинали с лимфодиссекции гепатодуоденальной связки (ГДС) и перевязки гастродуоденальной артерии (ГДА) у места отхождения ее от общей печеночной артерии (ОПА). Следующим этапом мобилизуются двенадцатиперстная кишка (ДПК) по Кохеру и дуоденоюнальный переход. На этом этапе выделяется верхняя брыжеечная артерия (ВБА) и верхняя брыжеечная вена (ВБВ), и на границе нижнего горизонтального отдела ДПК лигируется и пересекается нижняя панкреатодуоденальная артерия (НПДА). После этого выполняли окончательную мобилизацию панкреатодуоденального комплекса (ПДК). С 2011 г. – 5 операций выполнено брыжеечным доступом с применением методик «no touch surgery» и «заднего доступа» (Nakao A. с соавт., 2011). После рассечения париетальной брюшины по нижнему краю мезоколон от связки Трейтца в горизонтальном направлении выделяли ВБА и ВБВ, далее в проксимальном направлении иссекали клетчатку

с перевязкой средней ободочной вены. Затем переводили операцию в верхний этаж брюшной полости. Первый этап сосудистой изоляции заключался в лигировании и пересечении НПДА, 2-й этап – перевязка и пересечение ГДА при лимфодиссекции ГДС от ворот печени, 3-й этап – пересечение ПЖ по левому краю ВБВ и лигирование коротких венозных притоков от задней поверхности головки ПЖ к ВБВ. После чего с помощью обратного маневра Кохера удаляется ПДК.

Результаты. В послеоперационном периоде в основной группе осложнения развились у 12 (54,5 %) пациентов. Несостоятельность панкреатодигестивного соустья (ПДС) – 2 (9,1 %), послеоперационная летальность – 1 (4,5 %). В контрольной группе осложнения отмечены у 10 (45,5 %), несостоятельность ПДС – 2 (9,1 %), послеоперационная летальность – 1 (4,5 %). В подгруппе пациентов (5) с использованием брыжеечного доступа сосудистой изоляции опухоли, и методик «no touch surgery», «заднего доступа» послеоперационной летальности не отмечено.

Выводы. Метод сосудистой изоляции опухоли при ПДР является безопасным и не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности. Техника сосудистой изоляции опухоли с применением брыжеечного доступа и методов «no touch surgery», и «заднего доступа» позволяет повысить радикальность ПДР при раке головки ПЖ и добиться R0 резекции.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ И ЖЕЛЧИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Содержание желчных кислот в крови является одним из основных факторов

характеризующих функциональное состояние гепатоцитов, которые встречаются при ятрогенном

повреждении желчных протоков после обширных операций на печени.

Цель исследования: изучение динамики изменений желчных кислот в крови и желчи для оценки функционального состояния печени при экспериментальной механической желтухе.

Материалы и методы. Серии экспериментальных исследований проведены на 40 белых крысах массой до 200 г. Создана экспериментальная модель внепеченочного холестаза путем перевязки и перерезки желчных протоков, способствующий к разрыву энтерогепатической циркуляции желчных кислот на различных уровнях внепеченочного желчного протока.

Определение данного показателя в сыворотке крови производили при внепеченочном холестазах на 3, 7, 14, 21 и 30 сутки эксперимента. В результате эксперимента выявлено, что у интактных крыс в сыворотке крови содержится 0,25 мг% желчных кислот. Холестаз сопровождается резким нарастанием концентрации холатов в крови уже на 3-и сутки в 2,5 раз. В последующие сроки отмечается нарастание концентрации в 2,8 и более раз при сравнении с уровнем интактных животных.

Результаты. При изучении холатосинтетической функции печени выявлено, что после суточного (от 3 до 30 дней, по часам от 1 до 4 часов) наблюдения отмечалось уменьшение концентрации желчных кислот в желчи от 250,0 мг/% до 200,0 мг/%. Восстановления исходного уровня желчных кислот не наблюдалось и к 30-му дню эксперимента. Следовательно, за весь период наблюдения холатовыделительная функция печени не восстанавливается.

Заключение. С увеличением срока внепеченочного холестаза содержание желчных кислот в желчи уменьшается по сравнению с содержанием желчных кислот в сыворотке крови. Тем больше содержание желчных кислот в сыворотке крови, тем меньше содержание желчных кислот в желчи. Самое низкое содержание желчных кислот в желчи отмечалось на 21–30 сутки, и оно составило 2,3 и 3,3 раза меньше чем норма. Внепеченочный холестаз способствует к накоплению желчных кислот в сыворотке крови как токсическое вещество. Низкое содержание желчных кислот в желчи в последние сроки эксперимента показывает угнетение синтетических функций печени.

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Сафаров Б.Д., Табаров З.В.

*Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан*

Введение. Осложненный рак печени относится к разряду наиболее тяжелых форм заболевания требующий неординарного решения от хирурга, не только в отношении принятия пособий по обеспечению ликвидации осложнения, но и одновременного решения, по возможности, хирургического лечения местнораспространенного рака. Ограниченный лимит времени, и выполнение обширных резекций остаются в настоящее время единственно возможным вариантом оперативного вмешательства, направленных на спасение жизни у данного контингента больных.

Материалы и методы. В двух гепатохирургических отделениях, до 15 апреля 2012 года, по поводу осложненного местнораспространенного рака печени и желчного пузыря, 34 больным в возрасте 19–64 лет, urgently выполнена обширная резекция печени (РП). Ввиду тяжести состояния больных угроза разрыва опухоли (11), раковый перитонит (14) и внутреннее кровотечение (9), установленные по данным УЗИ, МРТ и эндовидеолапароскопии, требовали проведения до 6 часовой предоперационной корригирующей терапии. Установлено массивное поражение не менее 3-х сегментов одной доли, размерами 12–30 см у 21 больных, билобарное поражение – у 13. Внутри- и локорегиональное метастазирование выявлено в 10 случаях, прорастание в

диафрагму – в 3-х. Распад, разрыв и прорыв крупных фрагментов раковой опухоли больше встречались при аденокарциноме, ангиосаркоме и гепатоцеллюлярной форме заболевания.

Результаты. Стратегия хирургического лечения осложненного и местнодиссеминированного рака предусматривала обеспечение максимально щадящего и бескровного удаления патологического очага, надежного окончательного гемостаз, профилактики внутриорганных диссеминирования, что достигалось удалением до 5000 г патологической массы с помощью гидробомбесного вакуум-отсоса Rowenta 2000. Атипичную в том числе околоопухолевую РП (до 4 сегментов) выполнили в 18 случаях, ППГЭ – в 9, ЛГГЭ и вылушивание гигантских узлов – по 3, РППГЭ – в 1 с термической обработкой и гепатизацией линии среза. Интраоперационная летальность составила 20,5 %, послеоперационная – 8,8 %, общая – 29,4 %. В течение года после операции живы 70,5 % больных, в течение 2-х лет – 38,2 %, более 3-х лет – 5,8 %.

Заключение. Хирургическое лечение осложненного местнораспространенного рака печени оправдано и предусматривает максимальное удаление участка распада опухоли, адекватный гемостаз и желчестаз, что позволяет улучшить качество жизни у данного тяжелого контингента больных.

**РЕЗЕКЦІЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕХІНОКОККОЗІ – НАДЕЖНИЙ СПОСОБ СНИЖЕННЯ
РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦІОННИХ ОСЛОЖНЕНІЙ**

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Табаров З.В.

*Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан*

Известно, что гидатидный эхинококкоз печени у 18–52 % больных сопровождается развитием различных дооперационных гнойно-воспалительных осложнений, что не только затрудняет выбор хирургической коррекции, но и является неблагоприятным фактором развития послеоперационных (до 60 %) осложнений, рецидивов и летальных исходов.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени методом резекции.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ результатов 129 резекций печени (РП) при эхинококкозе, выполненных в двух специализированных гепатохирургических отделений в период 1991–2008 гг. Среди больных было 85 женщин и 44 мужчин в возрасте 16–78 лет. Первичный эхинококкоз установлен у 72 больных, рецидивный – у 57, дооперационное осложненное течение заболевания – у 63. Одиночные кисты установлены у 49, множественные – у 80 больных.

В диагностике эхинококкоза применяли УЗИ, ИОУЗИ, КТ и МРТ.

РП показано было при: больших одиночных и (или) множественных кистах, занимающие всю долю (30), сегмент (31); рецидивных или инфицированных кистах со сложно-разветвленной остаточной полостью, поддерживаемой гнойно-желчным свищем (52); ригидной, обызвествленной фиброзной капсулой (16).

Технология РП предусматривала использование приема дигитоклазии, выключение сосудисто-секреторной ножки пораженной части печени, гидробомбежного вакуум-отсоса Rowenta (Япония), аспиратора-диссектора и пневмотермическую

антипаразитарную обработку среза печени потоком регулируемого горячего (500 °С) воздуха.

Результаты. Объем РП вместе с эхинококковой кистой варьировал от сегмента до одной половины органа при одностороннем поражении и до 4-х сегментов – при двустороннем. Большие (гемигепатэктомия – ГГЭ, трисегментэктомия – триСЭ, левосторонняя кавальная лобэктомия – ЛКЛЭ и по 2 сегмента с каждой доли печени) по объему РП были произведены 77 больным, экономные (сегментэктомия – СЭ, биСЭ) – 52. Так, ПГГЭ выполнена 22 больным, ЛГГЭ – 13, до 4-х сегментов с обеих долей – 18, ТриСЭ – 11, ЛКЛЭ – 9, СЭ – 31, БиСЭ – 21. Большинство больших РП выполняли с соблюдением анатомических принципов выделения ССН в воротах печени под контролем ИОУЗИ.

Пострезекционные специфические осложнения со стороны культи и окологепаточного пространства наблюдались в 21 случае, релапаротомия потребовалась в 7 случаях по поводу кровотечений, секвестрации и желчеистечения. Все три случая диагностики поддиафрагмальных абсцессов ликвидированы моделированием дренажных трубок под контролем УЗИ. Умерло 6 (4,6%) больных. Послеоперационный средний койко-день составил 14,4 ± 3,8 дня.

Заключение. Выполненная по показаниям РП при эхинококкозе с использованием соответствующей технологии позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, минимизировать частоту выполнения повторных оперативных вмешательств по поводу гнойно-воспалительных осложнений, изменить хирургическую тактику в отношении столь тяжелого контингента больных и снизить сроки пребывания больных в стационаре.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОКТРЕОТИД-ДЕПО У ПАЦИЕНТОВ С НАРУЖНЫМИ
ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

**Багненко С.Ф.¹, Кабанов М.Ю.², Соловьев И.А.², Яковлева Д.М.¹, Семенцов К.В.²,
Краденов А.В.¹**

¹ ГБУ СПб «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

² ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

По данным различных авторов частота формирования наружного панкреатического свища (НПС) после перенесенного деструктивного панкреатита составляет от 6,3 % до 47,1 %, после резекций поджелудочной железы (ПЖ) – от 5 до 40 %. В настоящее время нет единого мнения о тактике лечения НПС – от консервативной терапии до радикальных оперативных вмешательств.

Октреотид-депо был нами использован в лечении 10 пациентов (9 мужчин, 1 женщина). В 5 случаях в комплексной терапии острого деструктивного панкреатита, у 5 больных после резекций ПЖ (двое перенесли панкреатодуоденальную резекцию (ПДР), трое – корпорикаудальную резекцию). Препарат применялся в дозировке 20 мг в/м однократно после предва-

рительного 5-дневного курса введения 300 мкг/сут Октреотида.

У 2-х пациентов течение деструктивного панкреатита осложнилось формированием кист тела, хвоста ПЖ. Выполнялось чрескожное дренирование кист под УЗ-навигацией (амилаза содержимого кист 120000,0 у/л). Среднее суточное отделяемое по дренажам 900 мл. Через 4 дня после опорожнения кист и отсутствия гнойного отделяемого выполнялась инъекция Октреотида-депо; в течение 2-х дней отмечалось снижение продукции панкреатического сока до 20 мл/сут, через 1 неделю дренажи были удалены. Трое больных были подвергнуты санационной лапароскопии, послеоперационное течение гладкое, средний койко-день – 17.

Больным после корпорокаудальной резекции поджелудочной железы введение препарата осуществлялось на 5-е сутки послеоперационного периода. У этих пациентов в ранние сроки послеоперационного периода имелось отделяемое по дренажу из брюшной полости панкреатического сока до 300 мл/сут (амилаза 46400 у/л). Закрытие

наружных панкреатических свищей у них происходило к 5 суткам после инъекции Октреотида-депо. Пациентам, подвергнутым ПДР, препарат применялся у одного пациента накануне операции с профилактической целью (послеоперационный период осложнился несостоятельностью панкреатикоюноанастомоза с продукцией панкреатического сока до 50 мл/сут, закрытие свища на 33-е сутки), у второго – на 12-е сутки послеоперационного периода (течение заболевания осложнилось формированием НПС с суточной продукцией панкреатического сока до 800 мл, после введения Октреотида-депо объем отделяемого уменьшился до 200 мл/сут, закрытие свища на 45-е сутки после операции).

Заключение. Применение Октреотида-депо наиболее эффективно у пациентов с наружными панкреатическими свищами на фоне деструктивных форм панкреатита, после корпорокаудальной резекции поджелудочной железы и в качестве профилактики несостоятельности панкреатикоюноанастомоза после панкреатодуоденальной резекции.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Тарасов В.А., Семенов К.В., Яковлева Д.М., Амбарцумян С.В., Дымников Д.А.

*ГБУ СПб «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия
ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия*

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют примерно 15 % от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Около 60–65 % в этой группе составляют опухоли поджелудочной железы. В последние годы отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости раком этой локализации.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2000 по 2011 гг. прооперировано 74 пациента по поводу рака головки поджелудочной железы. Средний возраст больных составил 59 ± 2 года, мужчин было 41, женщин – 33. На диагностическом этапе делали акцент на СКТ ангиографию с обязательной оценкой местного распространения опухоли и вовлечения магистральных сосудов. Дооперационное морфологическое исследование не проводили. В 27 случаях выполнены симптоматические дренирующие операции, среди которых предпочтение отдавалось формированию гепатикоэнтероанастомоза на отключённой по Ру петле тонкой кишки. Операции с удалением опухоли выполнены 47 пациентам, из них 23 операции Випла, 21 субтотальная резекция поджелудочной железы, 3 панкреатэктомии. В 17 случаях операции сопровождались резекцией комплекса верхнебрыжеечной-воротной вены (6 краевых резекций, 4 циркулярные резекции с про-

тезированием синтетическим протезом, 7 резекций с аутопротезированием большой подкожной веной).

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 22 (29 %) пациентов. Следует отметить, что после выполнения тотальной панкреатэктомии наблюдались выраженные сложно корригируемые нарушения углеводного обмена, которые в итоге и определяли низкое качество жизни пациентов и высокую летальность. Несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза после выполнения стандартной операции Випла преобладала в структуре послеоперационных осложнений у данной категории пациентов. Отмечено, что наиболее благоприятно послеоперационный период протекал у пациентов, которым были выполнены операции в объеме субтотальной резекции поджелудочной железы. При выполнении данного объема операции удался весь органокомплекс вместе с телом поджелудочной железы, за исключением 5,0–6,0 см³ хвоста поджелудочной железы и не формировался панкреатикоэнтероанастомоз. У пациентов данной группы не наблюдалось клинически значимых нарушений углеводного обмена. В послеоперационном периоде умерло 3 (6 %) пациента. Отдаленные результаты прослежены у 17 из 27 пациентов в группе симптоматических операций, 18 месячная выживаемость отмечена только у 2-х (11 %) пациентов, медиана выживаемости составила 13 месяцев. В группе опе-

рацій з удаленням опухолі прослідковані результати у 31 із 47 пацієнтів – 3-х летня виживаемість становила 22 %, медіана виживаемості – 27 місяців.

Висновки. Стремління уділити результати лікування і виживаемість пацієнтів раком голови піджелудочної залози, особливо в разі протокової карциноми, вимушує хірургів прибігати до розширенню стандартних об'ємів оперативного лікування. Установлено, що виконання тотальної

панкреатектомії супроводжується значительними порушеннями вуглеводного обміну у оперованих хворих, тяжкість яких в наступному визначає якість і тривалість життя пацієнтів. Альтернативним може вважатися виконання субтотальної резекції піджелудочної залози, дозволяюче уникнути розвитку декомпенсованого панкреатогенного цукрового діабету і не зменшувати радикальність операції.

ЕТАПНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ ПУНКЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М., Батиг Е.В., Курочкин Д.М.

ГБУ СПб «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования явилась оценка эффективности применения этапного чрескожного пункционного дренирования под контролем УЗИ при лечении больных инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В исследование включено 187 больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом, находившихся на обследовании и лечении в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2000 по 2012 гг.

Для диагностики инфицированного панкреонекроза с 3-й недели заболевания использовались клинико-лабораторные, инструментальные (СКТ, УЗИ, МРТ), иммунологические методы исследования. Объем панкреонекроза верифицировали по данным ангио-МСКТ, интраоперационно во время лапаротомии, а у умерших больных – при аутопсии.

Консервативное лечение всех больных было однотипным и включало в себя: нутриционную поддержку, иммуностимулирующую (цитокиновую и заместительную) терапию, антибактериальную терапию «панкреотропными» препаратами (карбапенемы, цефалоспорины III, IV поколений и/или фторхинолоны II, III поколений в сочетании с метрогилом).

Хирургическая тактика у больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом была разделена на 2 вида:

1 группа больных (18 человек), которым в качестве оперативного пособия применялось этапное чрескожное пункционное дренирование под ультразвуковым контролем.

2 группа больных (169 человек), у которых первым этапом применялось чрескожное пункционное дренирование под ультразвуковым контролем, а в последующем производилась лапаротомия с некрэктомией.

Результаты. В результате клинического наблюдения было выявлено, что в 1 группе больных, частота развития сепсиса была 24 %, а летальность составляла 5 %, что значительно ниже, чем во 2-й группе больных, где частота развития сепсиса составляла 38 %, а летальность 27 %.

Заключение. Применение этапного чрескожного пункционного дренирования под ультразвуковым контролем позволило достоверно снизить частоту развития сепсиса ($p = 0,048$) и летальности ($p = 0,0001$) при лечении распространенного гнойно-некротического парапанкреатита.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЕРФТОРАНА НА ТЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Басов Ф.В., Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Валов С.Д.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

Нарушение микроциркуляции – одно из ведущих звеньев патогенеза острого панкреатита (ОП), проявляющееся развитием ишемии органа с последующим развитием некроза. Представляет интерес перфторуглеродный кровезаменитель перфторан, обладающий газотранспортной, мембраностабилизирующей и улучшающей микроциркуляцию способностями.

Оценка влияния перфторана на течение экспериментального острого панкреатита (ЭОП),

осуществлялась на 30 половозрелых морских свинках самцах, с созданием модели ЭОП по Mallet Guu (1961) с интраназальным введением золотистого стафилококка и кишечной палочки. Все животные были разделены: 1 группа – 15 животных без лечения, 2 группа – 15 животных, которым через 2 часа от начала эксперимента и далее ежедневно вводили интраперитонеально перфторан. Фрагменты поджелудочной железы изучались на

1, 3, 5 сутки від початку експерименту, на світловому, електронномікроскопічному рівні, використовувалась морфометрія.

В панкреатичній тканині 1 групи розвивались некротичні зміни паренхіми і стромы органа на фоні різко вираженого отека тканин, численних кровоизливів. Визначалися очаги ішемічних змін і лизиса секреторних відділів і вивідних протоків, процеси руйнування кінцевих секреторних відділів в околонекротичних зонах. Очаги руйнування паренхіми залози наростали к 5 суткам, в зонах некроза формувалися мікроабсцеси без чіткого отграничення. Регенераторні процеси в збережених паренхиматозних і стромальних структурах отграничені. При додатковому інтрагастральному інфікуванні виявлено

присутство бактерій в панкреатичній тканині не тільки в області некроза, але і в віддалених ділянках органа.

При введенні перфторана (2 група) відзначалося відновлення мікроциркуляції, що проявлялося явищами посилення метаболічних процесів в паренхимі і стромі органа, зменшенні отека тканин, зменшенні об'єму деструктивно змінених ацинозних кліток. Зменшалося кількість мікробних тіл в полях зору, активізувалися міграція лімфоцитів і макрофагів в пошкоджені ділянки органа з отграниченням зон некроза.

Висновок. Застосування перфторана при ЕОП показало його позитивний вплив на перебіг деструктивного процесу в формі покращення мікроциркуляції, зменшення зон некроза і їх отграничення.

РОБОТИЗОВАНИЙ ХІРУРГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «ДА ВИНЧИ» В ХІРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Берелавичус С.В., Кригер А.Г., Горин Д.С., Кармазановский Г.Г., Кочатков А.В., Козлов И.А.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Целью исследования является определение тактики и возможностей выполнения робот-ассистированных вмешательств у пациентов с хирургическими поджелудочной железой.

Материалы и методы. В абдоминальном отделе Института хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2009 года по настоящее время выполнено 99 робот-ассистированные операции, среди них 13 операций на поджелудочной железе: дистальная резекция – 8 (в их числе 2 корпорокаудальные с сохранением селезенки), резекция головки – 2, срединная резекция поджелудочной железы – 2, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция – 1.

Оперативные вмешательства были выполнены по поводу наличия следующих образований: кистозные опухоли поджелудочной железы были диагностированы у 6 пациентов (муцинозные цистаденомы – у 4-х, внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль – 1, солидно-псевдопапиллярная опухоль – 1); по поводу нейроэндокринных опухолей (инсулиномы) – 3 больных; протоковая аденокарцинома выявлена в 3-х случаях; срединная резекция ПЖ выполнена у 1 пациента по поводу кистозной лимфангиомы тела.

Результаты. За счет значительных манипуляционных преимуществ роботических инструментов и возможности 3D изображения, выполнение операций на поджелудочной железе

осуществляется с большей долей безопасности и точности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой. Осложнений во время операций не зафиксировано. Все вмешательства выполнены с отсутствием или с незначительной кровопотерей (50–100 мл). Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 11 койко-дней.

Наиболее оптимальными точками приложения робототехники в хирургии поджелудочной железы, с нашей точки зрения, могут быть дистальная (особенно при необходимости сохранения селезенки) и срединная резекции, а также экономные резекции головки поджелудочной железы. На современном этапе развития технологии, формирование различных вариантов панкреатоэнтероанастомозов в финале оперативного вмешательства, более целесообразно с использованием лапароскопической техники или минидоступа. По нашему мнению, это не утяжеляет течение послеоперационного периода и приводит к сокращению времени операции.

Вывод. Использование роботического комплекса позволяет обеспечить высококачественное объемное изображение, точную мобилизацию, уменьшение интраоперационной травмы и кровопотери, комфортное положение хирурга во время хирургических вмешательств на поджелудочной железе.

**ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИЕЙ И
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
НА ТЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Благов Д.А., Хорев А.Н., Малашенко В.Н., Козлов С.В., Плюта А.В.

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Ярославль, Россия*

Цель исследования: изучить эффективность комплексного лечения больных панкреонекрозом при использовании экстракорпоральной фармако-терапии (ЭКФ) методом направленного транспорта антибиотика (НТА) и лапароскопической санации брюшной полости (ЛСБП).

Материалы и методы. Анализ клинических результатов лечения проведен у 90 больных тяжелым острым панкреатитом в ферментативную фазу заболевания. ЛСБП брюшной полости в комплексе с плазмаферезом и обычным внутривенным введением антибиотика проводилась 44 (48,9 %) больным (I группа), а в комплексе с ЭКФ методом НТА была применена у 46 (51,1 %) пациентов (II группа).

Все поступившие больные получали одинаковое базовое и специфическое лечение.

ЛСБП включала в себя: 1) катетеризацию круглой связки печени для пролонгированного введения лекарственного коктейля; 2) санацию и дренирование брюшной полости с введением в нее лекарственных препаратов; 3) при гипертензии желчных протоков и билирубинемии выше 100 мкмоль/л – наложение микрохолецистостомы.

Оценка показателей интоксикации проводилась до операции и на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки послеоперационного периода по уровню лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации, α -амилазы сыворотки крови, билирубина, С-реактивного белка (СРБ), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Проводилась оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II.

Результаты. Нормализация выбранных показателей во II группе больных происходила на 1–3

сутки послеоперационного периода и в среднем на 2 суток раньше, чем в первой, где стабилизация наступает на 3–5 сутки. Лишь некоторые показатели – СРБ и ЦИК нормализовались к 10 суткам после операции. В I группе, где применялся внутривенный способ введения антибиотиков уровень СРБ и ЦИК оставались повышенными.

У больных панкреонекрозом после ЭКФ в комплексе с ЛСБП, за счет создания высокой и длительной концентрации антибактериального химиопрепарата в зоне поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке происходит подавление жизнедеятельности микробов непосредственно в очаге воспаления, что не достигается при обычном внутривенном введении препарата.

В I группе гнойные осложнения возникли у 13 (30,0 %), во II группе – у 4-х (8,7 %) пациентов.

В I группе умерло 8 (18,2 %) больных, причиной смерти которых, явилась нарастающая полиорганная недостаточность на фоне гнойных осложнений панкреонекроза. Во II группе умер 1 (2,2 %) больной. Причем, при аутопсии инфицирования процесса не выявлено, а непосредственной причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность с отеком легких.

Выводы. ЛСБП с ЭФ методом НТА нормализует показатели интоксикации после операции на двое суток раньше, чем при лапароскопической санации в комплексе с плазмаферезом и внутривенным путем введения антибиотиков. Методика позволяет снизить количество гнойных осложнений до 8,7 %, а летальность до 2,2 %.

БОЛЕЗНЬ КАРОЛИ И КИСТЫ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Богомолов Н.И.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия

Болезнь Кароли (БК) и кисты внепечёночных желчных протоков (КВЖП) считаются редкой патологией.

Цель – поделиться опытом диагностики и лечения этих заболеваний по материалам двух клиник за 40 лет.

В Забайкальском крае проживает 1112000 человек. Нами оперировано 3 пациентки с БК и 4 больных с КВЖП. Ранее двух пациенток с БК и поражением двух долей уже оперировали в детском возрасте, обеим сформирован холедоходуоденоанастомоз (ХДА), третья больная с поражением только

левой доли, оперирована нами впервые в возрасте 37 лет, у неё удалили два железистых полипа из протоков, извлекли камни и сформировали ХДА. Аналогичную операцию (ХДА) сделали в юном возрасте и двум из 4-х больных с КВЖП. Двум другим сделана резекция кист с формированием одному гепатикоюноанастомоза на выключенной по Ру петле, а четвёртой пациентке сделана холецистэктомия и наружное дренирование холедоха, так как ранее ей уже выполнена нами эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Все три женщины с БК имели здоровых детей разного возраста. Отдалён-

ные результаты в сроки от 1 до 24 лет оценены у 4 из семи больных, одна пациентка с БК повторно оперирована с подозрением на холедохолитиаз, однако на операции камней не обнаружили.

Заключение. Болезнь Кароли и кисты внепечёночных желчных протоков встречаются редко, не

всегда своевременно диагностируются, радикально устранить данный порок развития невозможно, паллиативные пособия выполняются в необходимых объёмах, продиктованных анатомо-морфологическими и функциональными изменениями билиарного тракта.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ДОМИНИРУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Богомолов Н.И., Прохоров Н.Б., Скажутин В.Г., Соловьёв В.Ю., Вотьев И.В.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в современном хирургическом стационаре на протяжении последнего пятилетия устойчиво доминирует среди других нозологических форм. Осложнения ЖКБ, особенно у пациентов, обременённых возрастной патологией, кратно усложняют лечебно-диагностический процесс.

Цель исследования: обосновать целесообразность принципа «каждому больному своя операция в нужное время».

Материалы и методы. За последние 4 года в Краевой больнице Забайкальского края по поводу ЖКБ оперировано 2076 человек. Выбор метода опирался на индивидуальные особенности течения заболевания. Лапароскопическая холецистэктомия сделана у 1806 (87%), холецистэктомия из мини-доступа – у 131 (6,3%), традиционным лапаротомным способом оперирован 131 (6,3%) пациент. Острый холецистит был у 178 (8,57%) человек. Холедохолитиаз имел место в 161 (7,76%) случае. У 116 (5,59%) выполнены симультанные операции: эзофагофундопликация (у 97), герниотомия, пластика дефекта брюшной стенки сетчатым трансплантатом (у 15), адrenaлэк-

томия и кистэктомия из печени по 2 человека. При лапароскопической холецистэктомии конверсия потребовалась у 6 (0,33%) пациентов, у 5 – вынуждены оставить шейку пузыря и пузырный проток, им выполнена мукоклазия. В 3-х случаях при необоснованном отказе от холедохоскопии и холангиографии зафиксирован резидуальный холедохолитиаз. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ – 64 операции) применялась преимущественно до и реже – после холецистэктомии. Интра- и послеоперационные осложнения имели место в 48 (2,3%) случаях. Умерло после операции 6 (0,29%) человек и ещё 8 – без операции от конкурирующей патологии.

Выводы. В лечении ЖКБ на современном этапе есть широкий выбор методов лечения, который строится на индивидуальном подходе по принципу «каждому больному своя своевременная операция», что кратно улучшило общие результаты лечения, а малоинвазивные технологии стали доминирующими в структуре операций. Плановая санация больных с ЖКБ позволила кратно снизить частоту острого и осложнённого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза.

ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Богомолов Н.И.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия*

*НУЗ Детская клиническая больница ЗабЖД ОАО РЖД, Чита, Россия
Окружной военный клинический госпиталь № 321 СибВО, Чита, Россия*

Желчные протоки – редчайшая локализация для железистых полипов желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: поделиться личным опытом диагностики и лечения полипов желчных протоков.

Материалы и методы. За 40-летний опыт работы хирургом и эндоскопистом у 4-х больных выявлены полипы желчных протоков при холедохоскопии. У одной пациентки с кистами внутрипечёночных протоков только в левой доле печени

(болезнь Кароли) было обнаружено и иссечено два железистых полипа, один из которых локализовался в левом печёночном протоке, а второй (большой) в общем печёночном. Для сравнения: за это же время количество больных, у которых диагностированы железистые полипы желудка, прямой и ободочной кишки насчитывается более четырёх тысяч. У всех больных с полипами желчных протоков была желтуха умеренной интенсивности. Диагноз установлен интраоперационно при гепатико- или холедохотомии и фиброхолангиоскопии. Через первичный

доступ удалось иссечь и удалить 4 полипа, и у одной пациентки предпринята гепатикотомия, выше холедохотомного первичного доступа для радикального иссечения опухоли. Во всех случаях гистологическое заключение свидетельствовало о наличии железистого полипа, размеры которых в длину колебались

от 6 до 17 мм, имелись все структурные элементы такой опухоли. В срок 4 и 12 лет обследовано 2 человека, данных за рецидив по результатам УЗИ, КТ, РХПГ нет. Следовательно, причиной желтухи могут быть и полипы желчных протоков, диагностировать их можно только с помощью фиброхолангиоскопии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИИ

Богомолов Н.И., Вотьев И.В., Скажуткина Л.Н., Томских Н.Н.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия*

Малоинвазивные пособия в диагностике и лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) активно развиваются и нередко замещают традиционные лечебные пособия.

Цель исследования: усовершенствовать технологию эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), сведя к минимуму характерные для неё неблагоприятные исходы.

Материалы и методы. Анализирован материал трёх клиник города за 36 лет. Первую открытую трансдуоденальную папиллосфинктеротомию выполнили в 1977 году, а первую эндоскопическую – в 1978 году. ЭПСТ – операция с непредсказуемым исходом. Её исполнение зависит от опыта хирурга-эндоскописта, материально-технического обеспечения, знания многообразия вариантов взаимоотношений протоковых структур в зоне большого дуоденального сосочка (БДС). Мы располагаем опытом 34 открытых трансдуоденальных папиллосфинктеротомий, 145 – ЭПСТ. Известно многообразие форм и расположения БДС, наличие одного и более парафатеральных дивертикулов. В связи с

этим и протяжённость сфинктера Одди различна. Многолико и взаимоотношение устьев холедоха и главного панкреатического протока, включая их раздельное впадение в кишку. Вариабельна интрадуоденальная часть холедоха, что диктует использование разной длины разреза (от 5–6 до 30–35 мм). Нами усовершенствован способ ЭПСТ и заявлена новая технология (решение о выдаче патента по заявке № 2011123057 с приоритетом от 9 июня 2011 года). В основе модификации лежит учёт анатомических особенностей зоны БДС и всех характеристик заболевания. В основной группе из 68 больных жизнеопасных осложнений не имели, в группе клинического сравнения (77 пациентов) наблюдали 7 осложнений с 1 летальным исходом. У 6 пациентов после ЭПСТ камни вышли естественным путём не только из холедоха, но и из желчного пузыря и от холецистэктомии они отказались. В сроки от 6 месяцев до 9 лет рецидива камней не выявлено. Жизнь показала целесообразность наших усовершенствований и нововведений в процедуру ЭПСТ.

РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА – ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Сычев А.В., Поповцев М.А.

Кафедра хирургии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента России, Москва, Россия

Цель исследования: исследовать особенности и характер течения острого послеоперационного панкреатита у пациентов, перенесших хирургические вмешательства на органах брюшной полости. Определить оптимальные методы профилактики, лечения и прогнозирования развития данной патологии.

Материалы и методы. В исследование включено 354 больных, которые были разделены на 2 группы: 1 (основная) группа – 254 (71,8 %) пациента, которым проводили методы экстракорпоральной детоксикации; 2 (контрольная) группа

– 100 (28,2 %) пациентов, перенесших операции на желудке по поводу злокачественных опухолей с выполнением лимфодиссекции в объеме D-II. Объективизацию тяжести состояния пациентов проводили с использованием мультифакторных шкал Ranson и APACHE II.

Результаты. Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) является разновидностью острого панкреатита и ему свойственны те же патогенетические механизмы. Для оптимизации диагностики и прогноза при ОПП, прежде всего, необходимы оценка объема операции и клинической картины

возникшего осложнения, а также комплексное лабораторное и инструментальное обследование. Существующая клинико-морфологическая классификация острого панкреатита может быть использована и для ОПП. В основе этой классификации лежит понятие стадийной трансформации зон некротической деструкции и развития патологического процесса в зависимости от масштаба и характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Для профилактики ОПП используют комплекс мероприятий различной направленности. При выполнении операций на самой поджелудочной железе или при контакте с ней, прежде всего, необходимо использование прецизионной хирургической техники и использование мер, направленных на устранение внутрипротоковой гипертензии. В послеоперационном периоде важнейшим мероприятием является медикаментозная блокада панкреатической секреции. Не менее важно обеспечение рационального эмпирического режима

антибактериальной терапии с учетом детерминантной эффективности действия антибиотиков, то есть способности их селективно проникать в ткани поджелудочной железы через гематопанкреатический барьер. По показаниям, в раннем послеоперационном периоде, проводят интенсивные консервативные мероприятия – восстановление объема циркулирующей крови, кислотно-щелочного состояния, кардиотонизирующая и респираторная терапия. Пациентам основной группы применялись различные методики экстракорпоральной детоксикации. Хирургические методы лечения ОПП применяют только при его деструктивных формах и призваны обеспечить адекватную санацию всех зон некротической деструкции.

Выводы. Благодаря использованным мерам профилактики и лечения отмечена стойкая тенденция к снижению частоты развития деструктивных форм острого послеоперационного панкреатита среди пациентов основной группы на 17,3 %.

ОПЫТ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Брицкая Н.Н.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений путем применения этапной хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2012 гг. на базе ГУ «ИОНХ НАМНУ» находились на лечении 50 больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений. Мужчин было 37 (74 %), женщин – 13 (26 %). 84 % больных были в возрасте до 60 лет. Среди этиологических факторов преобладал алкогольный и алиментарный острый панкреатит, в 19 (38 %) и 23 (46 %) наблюдениях соответственно. Преобладали пациенты с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы – 24 (48 %) и 18 (36 %) больных. Во всех случаях инфицирование очагов некротической деструкции было подтверждено бактериологически. SIRS выявлен у всех пациентов, MODS – у 18 (36 %) больных. Все больные были оперированы. В 94 % наблюдений (47 пациентов) при выборе метода хирургического лечения больных преимущество было отдано миниинвазивным технологиям. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ нами применены у 19 (38 %) пациентов при единичных абсцессах поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, а также при инфицированных псевдокистах поджелудочной железы. Видеолaparоскопические операции выполнены у 11 (22 %) пациентов. Показаниями к выполнению данного типа операций считали нали-

чие инфицированных жидкостных скоплений сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, абсцессов поджелудочной железы, при неэффективности их санации после пункционно-дренирующих операций, наличие крупных секвестров, более 2 см, которые требовали установки дренажей большого диаметра. Операции из минидоступа по УЗИ-метке выполнены у 17 (34 %) больных. Показаниями к данному типу хирургического лечения считали относительная стабильность состояния пациента, массивное гнойно-некротическое поражение поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, когда изначально предполагалась неэффективность пункционно-дренирующих и видеоскопических вмешательств. «Полуоткрытые» операции с использованием традиционных методик выполнены у 3-х (6 %) больных.

Результаты. Необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств возникла у 25 (50 %) пациентов. Повторные пункционно-дренирующие вмешательства выполнены у 11 (22 %) пациентов, повторные видеоскопические операции – у 7 (14 %) больных, повторные вмешательства по УЗИ-метке из минидоступа – 7 (14 %) больных. Необходимость выполнения повторных операций связана, в первую очередь, с одновременным нагноением всех очагов деструкции, что приводило к формированию новых панкреатогенных абсцессов или прогрессированию забрюшинной флегмоны, а также с тяжелым исходным состоянием пациента. Послеоперационные ослож-

нення виникли у 23 (46 %) хворих. Найбільше небезпечними з них виявились аррозивне кровотечення і пізня поліорганна недостатність. У 1 (2 %) пацієнта виникло кровотечення, яке було обумовлено аррозією гастроуденальної артерії, ще у 1 (2 %) хворого – пошкодженням нижньої панкреатическої артерії. Данним пацієнтам виконані рентгенендоваскулярні втручання – ендоваскулярну емболізацію гастроуденальної артерії в першому випадку і редукцію селезеночного кровотоку в другому. Пізня ПОН, виявлена у 8 (16 %) пацієнтів,

явилася найбільш небезпечним системним ускладненням панкреонекрозу і в кінцевому підсумку стала причиною смерті даних хворих. Загальна летальність склала 22 % (11 хворих).

Висновок. Концепція етапної хірургіескої тактики у хворих панкреонекрозом в фазі гнійних ускладнень з використанням мініінвазивних технологій дозволяє стабілізувати стан хворих на першому етапі лікування, що в подальшому дає можливість виконати, при необхідності, більш широке санітарне втручання.

ПРОФИЛАКТИКА ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Миллер С.В., Черепанова Е.С.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить роль провоспалительных цитокинов IL-2, IL-6, TNF- α в процессе апоптоза иммунокомпетентных клеток крови, и клинически обосновать эффективность ронколейкина для коррекции иммунологических нарушений у больных панкреонекрозом.

Материалы и методы. Работа носила клинический характер, была выполнена на базе панкреатологического центра в МУЗ ГКБ № 7 г. Красноярск.

Представлены результаты исследований 41 пациента с острым деструктивным панкреатитом. В исследуемую группу были включены больные, у которых помимо традиционной терапии (контрольная группа), применялась иммунокоррекция препаратом ронколейкин.

Результаты. При исследовании концентрации эндогенного IL-2 на фоне применения ронколейкина отмечено достоверное возрастание его уровня в сравнении с исходными показателями к 7-м суткам наблюдения до $145,6 \pm 9,7$ пкг/мл, хотя в первые сутки уровень IL-2, как и в контрольной группе, был значительно ниже нормальных показателей ($98,5 \pm 6,4$ пкг/мл). Уровень IL-6 у всех больных в первые сутки превышал нормальные значения ($460,9 \pm 11,3$ пкг/мл). На фоне стимуляции ронколейкином к третьим суткам концентрация его снижалась до $251,8 \pm 9,3$ пкг/мл, такая тенденция прослеживалась до 7-х суток наблюдения, уровень IL-6 уменьшался до $90,5 \pm 6,5$ пкг/мл. К 9-м суткам вновь регистрировалось незначительное повышение концентрации IL-6 до $147,2 \pm 7,7$ пкг/мл, к 14-м суткам уровень IL-6 снова снижался до $74,5 \pm 5,2$ пкг/мл и оставался на таком уровне до конца периода наблюдения. Уровень TNF- α , как и в контрольной группе, на протяжении первых трех суток

наблюдения был повышен. К пятым суткам происходило достоверное снижение концентрации в сравнении с исходными цифрами ($p < 0,01$). Далее уровень TNF- α снова повышался, достигая максимума к 9-м суткам ($13,4 \pm 4,2$ пкг/мл). На протяжении дальнейшего периода наблюдения показатели уровня TNF- α имели тенденцию к постепенному снижению, и к 38-м суткам приближались к нормальным цифрам ($6,0 \pm 1,6$ пкг/мл). Таким образом, при исследовании уровня TNF- α у больных ОДП на фоне терапии ронколейкином, несмотря на исходно высокие показатели, отмечено достоверное его снижение с 9-х суток наблюдения в сравнении с контрольной группой.

При исследовании динамики апоптоза иммунокомпетентных клеток отмечено следующее. Пик его приходился не на 5-е, а на 7-е сутки наблюдения в сравнении с контрольной группой, причем процент апоптоза у больных 2-й группы был достоверно ниже ($13,2 \pm 0,9$ %), чем у больных в контрольной ($19,4 \pm 2,5$ %), ($p < 0,05$). До 9-х суток показатель оставался высоким ($12,3 \pm 1,2$ %), затем уже к 14-м суткам последний снижался в 2 раза ($6,2 \pm 0,4$ %), тенденция к снижению сохранялась до конца периода наблюдения.

Выводы. Заместительная терапия ронколейкином на ранних сроках заболевания позволяет регулировать развивающийся медиаторный стресс, что приводит к снижению интенсивности апоптоза иммунокомпетентных клеток у больных острым деструктивным панкреатитом, и предотвращает развитие тяжелого вторичного иммунодефицита. Это благоприятно сказывается на результатах лечения и позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ СТЕНТОВ ИЗ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ ПОЛИГИДРОКСИАЛКАНОАТОВ

Винник Ю.С., Волова Т.Г., Маркелова Н.М., Шишацкая Е.И., Миллер С.В., Черепанова Е.С., Василеня Е.С.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия

ФГБУН Институт биофизики СО РАН, Красноярск, Россия

Целью исследования явилось изучение биологических свойств экспериментальных моделей стентов, изготовленных из ПГА, для эндобилиарного протезирования, а также проведение ограниченных клинических исследований стентов из ПГА у пациентов с механической желтухой.

Материалы и методы. Работа носила экспериментально-клинический характер. Экспериментальная часть выполнена на 16 беспородных собаках. В группу сравнения вошли 8 животных, которым был установлен эндобилиарный стент из силикона, в исследуемую группу вошли 8 животных, которым был установлен эндобилиарный стент из ПГА. В ходе эксперимента до операции, на 7-е, 30-е, 60-е и 100-е сутки проводили развернутый и биохимический анализ крови, изучали состояния неспецифического звена иммунитета животных. Морфологические методы включали макроскопическое описание и морфометрическую характеристику препаратов тканей.

Клиническая часть работы включала 11 пациентов с механической желтухой (6 больных – группа сравнения, которым применены традиционные методы лечения, 5 пациентов – исследуемая группа, которым были имплантированы стенты из Биопластотана.

Результаты. Гематологические показатели в группах эксперимента находились в границах физиологической нормы. Показатели неспецифического иммунитета животных характеризовались незначительным увеличением уровня фагоцитоза. У животных группы сравнения на аутопсии в области установки стента определялась инфильтрация, рубцовые изменения. У 2-х животных этой группы произошла миграция стента в область фатерова сосочка. При вскрытии просвета холедоха у всех животных стенка его была утолщена, отмечалось разрастание соединительной ткани, инфильтрация. Слизистая холедоха в месте контакта со стентом имела бледно-розовый цвет, отмечались участки атрофии, просвет стента у 3-х животных был сужен на 40–50 %.

У животных исследуемой группы выпот и спаянные изменения в брюшной полости отсутствовали. Миграции стентов не было. Холедох в месте установки стента имел обычный вид. Просвет его в месте имплантации у всех животных был сохранен, деформаций, стриктур, рубцовых и воспалительных изменений в зоне имплантирования стентов не отмечено. При макроскопическом исследовании анастомозов со стороны слизистой данных за наличие воспалительных и рубцовых изменений не отмечено, все анастомозы функционировали. Следов шовного материала на основе ПГА в месте наложения анастомозов обнаружено не было.

В исследуемой группе пациентов уровень билирубина уменьшался до верхней границы нормы уже к 14-м суткам наблюдения. Это свидетельствует о том, что метод стентирования холедоха позволяет более эффективно обеспечивать пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку в сравнении с традиционными способами хирургического лечения больных с дистальным блоком холедоха.

У пациентов с заранее неблагоприятным прогнозом (заболевания опухолевой природы) предлагаемая методика позволила снизить уровень билирубинемии без паллиативной операции (наложение билиодигестивного анастомоза), малоинвазивное вмешательство позволило минимизировать последствия операционной травмы, не приводило к быстрой декомпенсации, что сказалось на результатах лечения.

Средний койко-день в группе сравнения составил $33,2 \pm 2,6$; в исследуемой группе – $30,7 \pm 1,8$ суток.

Выводы. В целом, при морфологическом исследовании не выявлено данных, свидетельствующих о том, что стенты на основе ПГА вызывают патологические реакции тканей желчевыводящих путей. Первые положительные результаты дают основание предполагать, что применение ПГА в качестве эндобилиарных стентов в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Жаворонкова О.И., Андреевков С.С., Чжао А.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с образованиями печени.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2002 г. радиочастотную абля-

цію (РЧА) по поводу новообразований производили как для обработки самих образований печени, так и на этапе разделения, а затем и обработки среза печени. Резекция печени с применением данной методики была выполнена у 52 больных (метастазы колоректального рака – 28; первичный рак печени – 15; метастазы рака яичников – 4; метастазы рака почки – 1; метастазы ГИСО – 1; паразитарные поражения печени – 3). Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. После мобилизации осуществляли перевязку соответствующих удаляемой части печени сосудисто-секреторных элементов. Коагулятором рассекали глассонову капсулу. Далее, отступя 1–2 см кнаружи от линии демаркации, в паренхиму погружали электрод сначала по висцеральной, а затем по диафрагмальной поверхности печени на 40–60 сек. Следующее погружение электрода осуществляли на 1,5 см выше предыдущего. Затем скальпелем или ножницами производили рассечение паренхимы. Вмешательство производили под интраоперационным УЗ-контролем.

Результаты. Были выполнены следующие вмешательства: левосторонняя гемигепатэктомия (9), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (3), правосторонняя гемигепатэктомия (8), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (4), резекция трех сегментов печени (9), резекция двух сегментов печени (12), резекция одного сегмента (7). В 24 наблюдениях удаление пораженной паренхимы органа сочеталось с РЧА вторичных узлов остающихся сегментов печени. Все онкологические

больные прошли курсы химиотерапии, что отразилось на реологических свойствах крови.

Использование РЧА-методики для резекции печени обеспечивало надежный паренхиматозный гемостаз, не потребовавший применения дополнительных средств. Значительного кровотечения не отмечалось, так как методика обеспечивала надежный гемостаз сосудов до 3 мм. Сосуды большего диаметра клипировали или лигировали. Интраоперационная кровопотеря (500 ± 230 мл) была сравнима с данными при традиционной резекции. В ходе вмешательства также обеспечивался надежный холестаза. Обеспечивался достаточный радикализм: при динамическом контроле рецидива опухоли в области резекции нами выявлено не было.

Были отмечены следующие осложнения: гидроторакс – 9 (17,3 %), жидкостные скопления в зоне резекции – 6 (11,5 %), вылеченные пункционно. Нагноение послеоперационной раны были отмечено в 4-х (9,6 %) наблюдениях. Явления печеночной недостаточности разной степени выраженности определялись в 8 (15,4 %) наблюдениях. Был отмечен 1 летальный исход.

Заключение. Применение РЧА при выполнении резекции печени обеспечивает надежный гемостаз. При соблюдении онкологических канон (отступ от края опухоли на 1 см) обеспечивается надежный радикализм. Данная методика может быть рекомендована к применению у больных с низким функциональным резервом печени (цирроз печени класса «В», «С» (по Чайлду), последствия полихимиотерапии, жировой гепатоз и др.)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Власов А.П., Катков С.В., Анашкин С.Г., Тингаев С.В., Николаев Е.А.

ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Целью исследования явилось изучение патогенеза острого панкреатита и исследование эффективности антигипоксанта/антиоксиданта ремаксолола и антикоагулянта фраксипарина.

Материалы и методы. В основу работы положены экспериментальные исследования на собаках ($n = 22$) и клинические наблюдения ($n = 37$). Взрослым беспородным собакам моделировали острый панкреатит. В контрольные сроки производили релапаротомию, биопсию ткани поджелудочной железы, осуществляли забор крови. В послеоперационном периоде проводили инфузионную терапию с использованием солевых растворов и раствора глюкозы. Животным опытной группы дополнительно внутривенно однократно один раз в сутки вводили ремаксол (15 мл/кг) и однократно подкожно фраксипарин из расчета 47,5 МЕ Ха-фактора на 1 кг массы. Больным острым панкреатитом основной группы базисную терапию дополняли ежедневными

введениями 400,0 мл раствора ремаксолола и однократными подкожными введениями фраксипарина из расчета 47,5 МЕ Ха-фактора на 1 кг массы.

Результаты. Эксперименты показали, что при моделированной патологии у животных возникали существенные расстройства гомеостаза, сопряженные с нарушением липидного метаболизма и коагуляционными расстройствами, что зарегистрировано в виде количественных и качественных изменений липидного состава и нарушениями коагуляционно-литического состояния тканей поджелудочной железы. Установлены значительные изменения липидного состава плазмы крови и эритроцитов, что сопровождалось интенсификацией процессов липоперекисления и повышением активности фосфолипазы A_2 . Установлено, что выраженность воспалительных явлений в брюшной полости и ткани поджелудочной железы сопряжены с дислипидными явлениями в их тканевых структурах и коррели-

ровали с интенсивностью процессов перекисного окисления липидов, активностью фосфолипазы А₂ и изменением некоторых липидных фракций плазмы крови и эритроцитов. Оказалось, что при остром панкреатите отечной формы в тканях поджелудочной железы преобладающими являются процессы гиперкоагулемической направленности и угнетения фибринолиза, при прогрессировании панкреатита и развитии тотального панкреонекроза – гипокоагулемические и активизации фибринолиза. В динамике острого панкреатита установлено, что между изменениями коагуляционно-литической системы тканей поджелудочной железы, активностью перекисного окисления липидов и фосфолипаз имеется корреляционная связь: при панкреонекрозе резкие изменения в системе гемостаза с гипер- до гипокоагулемии сопровождаются существенным уменьшением интенсивности перекисного окисления липидов и фосфолипазной активностью в тканях органа.

Включение ремаксоло и фраксипарина в комплексную терапию способствовало уменьшению выраженности расстройств гомеостаза и уменьше-

нию воспалительных явлений со стороны поджелудочной железы. Это проявлялось в уменьшении выраженности интоксикационного синдрома, в коррекции липидного метаболизма и гемокоагуляционных расстройств в тканевых структурах органа.

Проведенные клинико-лабораторные исследования в группах больных острым панкреатитом подтвердили эффективность предложенной схемы. Применение ремаксоло и фраксипарина в комплексной терапии больных острым панкреатитом различной тяжести приводило к более высокому темпу коррекции расстройств гомеостаза, что вносило определенный вклад в лечение.

Выводы.

1. В патогенезе острого панкреатита важную роль играют нарушения липидного метаболизма и коагуляционно-литического состояния тканевых структур органа поражения – поджелудочной железы.

2. Применение антигипоксанта/антиоксиданта ремаксоло и антикоагулянта фраксипарина при остром панкреатите патогенетически обосновано и клинически целесообразно.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Влахов А.К., Старосек В.Н., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия как метод лечения холедохолитиаза и заболеваний дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) стала общепринятой, наиболее радикальной, физиологичной миниинвазивной операцией. Как любое хирургическое вмешательство, метод может сопровождаться послеоперационными осложнениями, в том числе – возникновением реактивного панкреатита (панкреонекроза).

Эндоскопические вмешательства на дистальном отделе ОЖП мы применяем с 1998 г. Мы располагаем опытом лечения 775 больных (189 мужчин, 586 женщин в возрасте от 19 до 95 лет), у которых выполнено 836 манипуляций, 67 из них (8,0 %) сопровождалась реакцией поджелудочной железы.

Выделяем 3 степени реакции поджелудочной железы на выполнение эндоскопических вмешательств на дистальном отделе ОЖП:

1) транзиторная гиперамилаземия: активность амилазы до 90 г/(ч-л) без каких-либо клинических, сонографических и лапароскопических проявлений – у 38 (4,5 %) больных;

2) реактивный панкреатит: умеренный болевой синдром в надчревной области, однократная рвота после вмешательства; сонографически: умеренное увеличение в размерах поджелудочной железы, гипоехогенность паренхимы; лапароскопи-

чески: незначительное количество серозного выпота под печенью, отек гепатодуоденальной связки – у 20 (2,4 %) больных;

3) панкреонекроз: выраженный болевой синдром, многократная рвота, другие типичные клинические признаки; сонографически: увеличение в размерах поджелудочной железы, гипоехогенность и неоднородность эхоструктуры паренхимы, дуоденостаз, формирование парапанкреатических жидкостных скоплений, реактивного плеврита; лапароскопически: серозный выпот в под- и надпеченочном пространствах, сальниковой сумке, отек гепатодуоденальной связки, вздутие поперечной ободочной кишки, бляшки стеатонекроза на сальнике – у 9 (1,1 %) больных.

Соответственно степени реакции поджелудочной железы применяем следующие лапароскопические вмешательства.

1. При транзиторной гиперамилаземии: лапароскопическая холецистэктомия без дренирования внепеченочных желчных протоков с применением ингибиторов секреции поджелудочной железы (Октрестатин). Все пациенты живы.

2. При реактивном панкреатите – лапароскопическая холецистэктомия, дренирование внепеченочных желчных протоков по Холстеду, дренирование над- и подпеченочного пространств; в последующем – комплексная консервативная терапия

РЕЗЕКЦІЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ворончихин В.В., Олигер А.А.

*ГБОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия*

Цель исследования: выбор рационального метода хирургического вмешательства на поджелудочной железе при различных осложнениях хронического головчатого панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2012 годы выполнено 61 оперативное вмешательство по поводу различных осложнений хронического головчатого панкреатита. Во всех случаях у больных были выраженные фиброзные изменения, увеличение головки поджелудочной железы, болевой синдром. У 44 больных хронический панкреатит осложнился протоковой гипертензией. Расширение главного панкреатического протока было от 6 до 14 мм. Этой группе больных выполнена локальная резекция головки поджелудочной железы с продольным панкреатоеюноанастомозом. У 15 больных хронический панкреатит осложнился желчной гипертензией. Расширение общего желчного протока было от 10 мм до 17 мм. 11 больным из этой группы был наложен внутренний билиопанкреатический анастомоз, в 4 случаях, при наличии механической желтухи, был наложен гепатикоюноанастомоз. Фиброзные изменения головки поджелудочной железы без изменений в теле и хвосте при узком главном панкреатическом протоке, в 8 случаях были показанием только к локальной резекции головки поджелудочной железы. В этом случае полость, образовавшаяся в результате резекции головки, дренировалась в кишку, выделенную по Ру. У 5 больных хронический панкреатит был осложнен дуоденостазом. Им выполнена субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы по Фрею.

Портальная гипертензия явилась осложнением хронического панкреатита у 5 больных. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы с выделением воротной вены снизила давление в портальной системе. Невозможность исключения злокачественной опухоли головки поджелудочной железы, являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции – 9 операций. Во всех случаях проводилось интраоперационное УЗИ.

Результаты. После субтотальной дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией были получены хорошие результаты. Все больные отмечали стойкое избавление от болевого синдрома. В случаях с желчной гипертензией было купирование явлений холангита и механической желтухи. Освобождение воротной вены из фиброзных тканей снизило явления портальной гипертензии. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы сняла явления дуоденостаза. Развития послеоперационного сахарного диабета или прогрессирования имеющегося до операции сахарного диабета не наблюдалось. Летальных исходов не было.

Выводы. Дуоденосохраняющие операции, сочетающие резекционный и декомпрессивный компоненты, позволяют ликвидировать или уменьшить болевой синдром и осложнения хронического панкреатита (желчная гипертензия, портальная гипертензия, дуоденостаз). Субтотальная резекция головки поджелудочной железы является оптимальным объемом вмешательства при хроническом панкреатите.

ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гарипов Р.М., Гильманов А.Ж., Гарипова З.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия

Актуальность. Летальность при острых деструктивных панкреатитах (ОДП) остается стабильно высокой, достигая 21–80 %. До сих пор актуальными являются вопросы комплексной диагностики и лечения ОДП, раннего выявления его гнойных осложнений, оптимальных сроков, характера и объема оперативных вмешательств на поджелудочной железе.

Материалы и методы. Результаты исследования и лечения острого панкреатита изучены у 1423 больных, находившихся на стационарном лечении

в клинике хирургии БГМУ с 2007 по 2011 гг., в 7,6 % (108 больных) наблюдали развитие ОДП. При панкреонекрозе у 44,3 % (48 больных) развились инфекционные осложнения, летальность среди которых составила 18,8 % (9 больных). Возраст больных варьировал в пределах от 21 до 72 лет. Для повышения качества диагностики и определения прогноза при ОДП, прежде всего, давали детальную оценку клинической картины заболевания, определяли активности панкреатических ферментов в крови, мочи, перитонеальном экссудате, динамику

гомеостатических показателей (лейкоциты крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, гематокрит, глюкоза, билирубин, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, АлТ. АсТ, ЛДГ, рН крови, иммунологические показатели – спонтанный НСТ-тест, активированный НСТ-тест, IgA, LgG, IgM лимфоциты, CD3+ лимфоциты, CD20+ лимфоциты), а также комплексное инструментальное обследование. Изучение состояния иммунной системы у 34 больных на фоне системного ответа при ОДП выявило, что снижение уровня иммуноглобулинов, недостаточность метаболической активности нейтрофилов и дефицит лимфоцитов являются прогностически более неблагоприятными признаками для развития осложнений инфекционного характера. Иммунологические показатели по шкале отклонений определяли по системе, принятой НИИ Скорой медицинской помощи им. Н.И. Склифосовского.

Результаты и обсуждение. При анализе данных иммунологического исследования пациентов ОДП на 2–3 сутки были выявлены существенные различия в величине и направленности изменений иммунологических параметров. Маркерами формирования вторичной иммунной недостаточности было не только снижение, но и чрезмерное повышение отдельных показателей у пациентов с ОДП. У большинства больных с осложненным течением отклонение от

границ установленной «нормы патологии» более чем на 1g имелось по 4 параметрам и более из 9, при этом изменение отдельных показателей иммунограммы превышало 2 и даже 3 стандартных отклонения. Колебание значений отдельных параметров иммунограммы в пределах 2-х и более стандартных отклонений имелось у 70–80 % пациентов этой группы. При балльной оценке состояния иммунитета установлено, что сумма баллов у пациентов с благоприятным течением основного заболевания варьировала в пределах от 0 до 6 и в среднем составила $2,4 \pm 0,3$ и при тяжелом течении ОДП – в среднем $3,6 \pm 0,6$ балла. У пациентов с развитием гнойно-септического процесса или полиорганной недостаточности колебание оценочных баллов варьировало от 8 до 21 балла, в среднем – $12,2 \pm 0,6$ балла.

Выводы

1. Нарушение цитокиновой регуляции является одной из причин развития системной воспалительной реакции на ранней стадии развития панкреонекроза, предопределяет развитие вторичного иммунодефицита. В поздние сроки у больных с ОДП развивается тотальная иммунодепрессия.

2. Способ балльной оценки состояния иммунитета у больных ОДП в ранние сроки позволяет прогнозировать возникновение гнойно-септических осложнений.

НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ И ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Герасимов А.Ю.

*ДЗ г. Москвы Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Кафедра хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия*

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ), путем разработки методов прогнозирования и предотвращения развития нарушений углеводного обмена в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2011 гг. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина и ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова выполнено 173 операции на поджелудочной железе. Из них по поводу опухолевого поражения ПЖ и органов периапулярной зоны выполнено 94 (54,3 %) радикальных оперативных вмешательств, по поводу хронического панкреатита (ХП) – 79 (45,7 %) операций.

При ретроспективном исследовании за основу брались показатели, характеризующие состояние паренхимы ПЖ до и после оперативного лечения (данные УЗИ; КТ; эндоскопической ультрасонографии; интраоперационные данные); состояние углеводного обмена оценивалось исследованием уровня гликемии, кетонурии, ацетонурии в динамике, до и после оперативного лечения.

С 2011 года по настоящее время проводится исследование углеводного обмена у пациентов с различной патологией ПЖ до и после оперативного лечения, включающее в себя лабораторные методы (определение гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, С-пептида, гликированного гемоглобина, антител к бета-клеткам ПЖ), инструментальных методов (УЗИ, КТ, эндо-УЗИ). Особенностью данного исследования является то, что в данной работе используется непрерывное мониторирование уровня глюкозы в интерстициальной жидкости (iPro 2 Medtronic Minimed) до, во время и после оперативного лечения (6 суток = 1728 измерений), что на наш взгляд даёт наиболее полную картину о состоянии углеводного обмена. Наибольший интерес для исследования представляют пациенты, перенесшие тотальную панкреатэктомию.

Результаты. При ретроспективном анализе из оперированных по поводу ХП больных ($n = 79$) сахарный диабет (СД) до операции был у 21 (26,6 %) пациента. В этой группе пациентов нарушение углеводного обмена преобладало у больных с каль-

цифіцирующим панкреатитом ($n = 42$). СД был у 14 (66,7 %) из 21 больного, нарушение толерантности к углеводам (НТУ) было диагностировано у 2-х из 5 пациентов. Из оперированных по поводу опухолевого поражения ПЖ больных ($n = 94$), с СД поступило 11 (11,7 %) пациентов; НТУ до операции было выявлено у 7 (7,4 %) человек.

При помощи непрерывного мониторинга уровня глюкозы в первые сутки после операции установлена продолжительность периодов нормо-, гипо- и гипергликемии, что показало наиболее развернутую картину динамики углеводного обмена. Периоды гипергликемии носили стабильный характер и поддавались коррекцией инсулином короткого действия. В последующем, у пациентов без выявленных нарушений углеводного обмена до оперативного лечения уровень гликемии при выписке оставался в пределах нормы. У пациентов с выявленными до оперативного лечения наруше-

ниями углеводного обмена, данных за утяжеление течения СД в раннем послеоперационном периоде не получено.

Выводы. При ХП нарушения углеводного обмена встречаются чаще, чем при опухолевом поражении ПЖ, 26,6 % и 11,7 % соответственно. Чаще всего нарушениями углеводного обмена страдают пациенты с кальцифицирующим панкреатитом (33,2 %).

Непрерывное мониторинг уровня глюкозы позволяет установить продолжительность периодов нормо-, гипер-, гипогликемии у пациентов с патологией ПЖ, что дает наиболее развернутую картину динамики углеводного обмена и позволяет своевременно проводить коррекцию его нарушений.

В раннем послеоперационном периоде данных за развитие патологии углеводного обмена, либо утяжеление течения уже имеющихся нарушений не получено.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Глухов А.А., Новомлинский В.В., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»
Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучение структуры послеоперационных осложнений у больных с непаразитарными кистами печени (НКП), леченных с применением различных вариантов малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 158 пациентов с НКП в возрасте от 17 до 79 лет. Всем больным, в зависимости от конкретной клинической ситуации, произведены различные варианты малоинвазивных оперативных вмешательств. У 116 пациентов (основная группа) при планировании малоинвазивного вмешательства использовали трехмерную ультрасонографическую реконструкцию, а также, по показаниям, разработанные в клинике методики радиочастотной обработки стенок кисты и гидроимпульсной санации кистозной полости. При неосложненном течении НКП размерами не более 80 мм выполняли пункционное лечение в объеме одномоментной пункции с аспирацией содержимого и введением 96° этанола с целью асептического некроза эпителиальной выстилки кисты. С помощью данной методики пролечен 51 пациент. При наличии неосложненного течения НКП размерами более 80 мм использовали дренирующие методики под контролем ультрасонографии и метод радиочастотной обработки стенок кисты с целью ускорения редукции кистозной полости. С привлечением данных методик пролечено 30 пациентов. У 35 пациентов с осложненным течением НКП размерами от 30 мм использовали дренирующие методики в

сочетании с гидроимпульсной санацией полости кисты. В лечении 42 пациентов применяли стандартные дренирующие методики под контролем УЗИ (группа сравнения).

Результаты. При лечении больных с неосложненными НКП размерами не более 80 мм отмечены следующие послеоперационные осложнения: кровоизлияние в полость кисты с тампонадой полости – 1 пациент (1,96 %), подкапсулярная гематома печени в месте пункции – 2 пациента (3,9 %). При лечении пациентов с неосложненными НКП размерами более 80 мм характер послеоперационных осложнений имел следующую структуру: 1 случай подкапсулярной гематомы небольших размеров в месте введения электрода (3,3 %), кровоизлияние в полость кисты – 1 пациент (3,3 %), дислокация дренажа – 2 пациента (6,6 %), правосторонний пневмоторакс – 1 случай (3,3 %). После выполнения малоинвазивных вмешательств у пациентов с осложненным течением НКП имели место следующие осложнения: формирование подкапсулярной гематомы в месте пункции печени троакар-катетером – 2 случая (5,7 %), кровоизлияние в полость кисты – 1 случай (2,86 %), дислокация дренажа – 1 случай (2,86 %).

В послеоперационном периоде у больных группы сравнения, которым применяли стандартные дренирующие методики под контролем УЗИ, отмечены следующие осложнения: дислокация дренажа из полости кисты – 3 случая (7,1 %), перфорация стенки желчного пузыря троакар-катетером – 2

случая (4,8 %) (потребовалось выполнение оперативного вмешательства в объеме лапароскопической холецистэктомии, санации, дренирования брюшной полости), в 2-х случаях имело место нагноение остаточной полости кисты (7,1 %), в одном случае отмечалось кровоизлияние в полость кисты (2,4 %), в 1 случае отмечался малый пневмоторакс вследствие прохождения троакара-катетера через правый плевральный синус (2,4 %), в 4-х случаях в месте пункции печени троакара-катетером сфор-

мировались подкапсульные гематомы небольших размеров (9,5 %). Летальных исходов ни в одной из клинических групп не было.

Заключение. Дифференцированное применение трехмерной ультрасонографической реконструкции, методик радиочастотной обработки стенок кисты и гидроимпульсной санации кистозной полости позволяют снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить результаты лечения данного контингента больных.

РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА: КАК, КОГДА, ЗАЧЕМ?

Григорьев Е.Г., Садах М.В., Капорский В.И., Калининченко А.В., Агеенко М.Б.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия
ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница», Иркутск, Россия

Цель исследования: определить оптимальный вариант отведения кишечного потока и объем хирургического вмешательства при обширном некротическом поражении толстой кишки в терминальной стадии инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. На лечении с 2000 по 2010 гг. находились 86 пациентов, течение инфицированного панкреонекроза у которых осложнилось некротическим мезо- параколитом с образованием толстокишечных свищей. Из них мужчин – 56 (64,7 %), женщин – 30 (35,3 %), средний возраст $42,7 \pm 4,7$ (23 – 73) лет. Под термином «некротический мезо- параколит» понимаем некроз брыжеек ободочной кишки, жировой клетчатки мезентериальных синусов, параколярной клетчатки и собственно стенки ободочной кишки в результате уклонения ферментов поджелудочной железы, инфицирования клетчаточных пространств, периферического сосудистого тромбоза. Первые признаки толстокишечного свища в рассматриваемой группе отмечены на 4–11 сутки после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Ушивание толстокишечных свищей без выведения протекционной кишечной стомы выполняли 19 (22,1 %) пациентам, илеостомию по Торнболлу без ушивания свищей – 9 (10,5 %), илеостомию по Торнболлу с ушиванием свищей – 19 (22,1 %), резекцию толстой кишки с илеостомией по Бруку – 20 (23,3 %), резекция толстой кишки с колостомией – 19 (22,1 %).

Результаты. Некротическим процессом чаще поражались поперечный (40 больных – 46,5 %) и восходящий (27 – 31,4 %) сегменты ободочной киш-

ки. У 19 (22,1 %) больных свищи локализовались в левой половине ободочной кишки. Множественные свищи установлены у 38 (44,2 %) пациентов. Индекс тяжести составил $24,6 \pm 1,2$ балла по шкале APACHE II и $6,1 \pm 0,2$ балла по шкале Ranson. Появление кишечных свищей всегда сочеталось с гнойно-некротическим повреждением mesocolon и параколярной клетчатки. Летальность в группе колостомированных больных (52,7 %) была выше, нежели у пациентов, где сформировали илеостому по Бруку (35,0 %) после обширной резекции ободочной кишки. Это связано с тем, что при первом варианте иссечение ободочной кишки сделано нерадикально, что подтверждается анализом клинических проявлений и данными патоморфологического исследования.

Летальность в группе илеостомированных больных была меньшей (43,7 %, причем, при обширной резекции толстой кишки, сопровождавшейся илеостомией Брука – 35,0 %), чем в других группах (при ушивании кишечных свищей – 68,4 %, при колостомировании – 52,7 %).

Выводы. На фоне распространенного мезо- и параколита, перитонита оптимальным отведением кишечного потока следует считать илеостомию в любом из вариантов. Кроме того, ключевой задачей хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита является радикальное удаление девитализированных и инфицированных тканей. Обсуждаемые осложнения развились еще и потому, что им предшествовали необоснованные вмешательства по поводу асептического, а затем инфицированного панкреонекроза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МЕТОДОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е., Саганов В.П., Гармаев Б.Г., Санжиева Д.Ч.

*ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН,
Улан-Удэ, Россия*

Несмотря на достижения хирургии, опухоли поджелудочной железы (ПЖ) остаются до конца нерешенной проблемой.

Цель исследования: изучение результатов панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных с раком головки поджелудочной железы и хроническим псевдотуморозным головчатым панкреатитом.

Рассмотрены ближайшие результаты 51 ПДР: в 46 случаях – выполненной по поводу аденокарциномы, в 5 – хронического панкреатита (ХП). Отдаленный период прослежен у 10 больных. Возраст больных варьировал в пределах 35 – 71 год. Мужчин – 29 (63,0 %), женщин – 22 (37,0 %).

Для диагностики опухоли применяли общеклинические и биохимические анализы крови, УЗИ, компьютерную томографию, онкомаркеры (СА-19-9 или СА-242, РЭА, АФП), рентгенографию легких.

В 14 случаях при уровне билирубина крови > 200 ммоль/л операция производилась двухэтапно: на первом этапе осуществляли внутреннее дренирование желчных путей методом холецистоэнтеростомии (4 случая) и стентирования БДС(1), а также – наружное дренирование (9).

Панкреатодигестивные соустья выполняли в 2-х вариантах: инвагинационная панкреатоеюностомия «конец в конец» при мягкой железе и узком главном панкреатическом протоке (ГПП) и панкре-

атоеюностомия «конец в бок» при плотной железе и широком ГПП. В 48 случаях в ГПП установлен «потерянный» дренаж, в 3-х – инвагинационный анастомоз сформирован без дренирования ГПП ввиду его чрезмерно малого диаметра.

Наблюдали 7 случаев ранних послеоперационных осложнений при раке ПЖ: 1 случай несостоятельности холедохоеюностомии и 2 случая гастростаза после пилоросохраняющей операции разрешены консервативно. После ПДР без дренирования ГПП осложнений не отмечено.

Остальные 4 осложнения, наблюдавшиеся после первых 15 ПДР, привели к летальному исходу: два случая несостоятельности панкреатоеюноанастомоза «конец в конец», один случай печеночной недостаточности после одномоментной ПДР при уровне билирубина > 200 ммоль/л, 1 – внутрибрюшного кровотечения. В 36 последующих ПДР летальных случаев не было отмечено.

Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 7,8 %.

Отдаленные результаты прослежены у 10 больных: 8 пациентов с раком ПЖ умерли в течение 18–34 мес., 1 – через 10 лет – от хронической почечной недостаточности. У одного пациента с хроническим псевдотуморозным панкреатитом через 2 года после операции отмечено удовлетворительное состояние.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Демидов В.М., Демидов С.М.

Национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Оперативное лечение больных с острым панкреатитом (ОП) остается реальным способом сохранить жизнь, предотвратить развитие осложнений, формирования синдрома полиорганной недостаточности и т.д. Однако сама по себе операция «травмирует» брюшину, вследствие чего «запускаются» патобиохимические и патоморфологические механизмы формирования послеоперационной спаечной болезни брюшной полости (ПСББП), которая сама является серьезным заболеванием, требующим лечебно-профилактических (в том числе и хирургических) мероприятий.

Цель исследования: оптимизация профилактики ПСББП после эндоскопических операций по поводу ОП дополнительным к базовой терапии ис-

пользованием эндогенных пептидов, для которых показаны в том числе и противовоспалительные эффекты.

Материалы и методы. В течение последних четырех лет в отделениях хирургии ГКБ №10 г. Одессы 45 больным с ОП были проведены эндоскопические (лапароскопические) операции с использованием аппаратуры фирм «Karl Storz» и «Ethycon». Больные были разделены на группы: 1) контрольная группа: практически здоровые люди – 11 (24,4 %) человек; 2) больные ОП, эндоскопическое и послеоперационное лечение которых проводилось по общепринятой схеме (21 пациент – 46,7 %) и 3) больные ОП, которым при проведении эндоскопического лечения дополнительно, с целью профи-

лактики послеоперационного спайкообразования, внутривенно вводили растворы далагина, фибринолизина и фраксипарина (13 пациентов – 28,9 %). Эффективность эндоскопического лечения ОП, направленного, в том числе, и на профилактику послеоперационного спайкообразования, проводили в течение 12 месяцев после операции.

Результаты. 12 из 21 больного, оперированных эндоскопически с использованием стандартной схемы лечения, отмечали отсутствие выраженных болевых ощущений в течение 12 месяцев после операции. Все пациенты при опросе, осмотре и УЗИ обследовании не отмечали субъективных и объективных признаков развития послеоперационной спаечной болезни брюшной полости. У 9 больных, у которых в анамнезе имелись ранее перенесенные операции (аппендэктомия – у 5, холецистэктомия – у 3-х и спленэктомия – у 1 больного) отмечали наличие болей незначительной интенсивности в брюшной полости после физической нагрузки. 5 из них был выполнен лапароскопический адгезиолизис.

У больных ОП при использовании оригинальной схемы профилактики ПСББП отмечалось сокращение длительности послеоперационного болевого синдрома ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем у больных 2-й группы, которым профилактика послеоперационного спайкообразования не проводилась. В условиях нашей схемы лечения существенно снизилось количество больных с выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде.

Выводы. Полученные данные показали профилактическую эффективность интраоперационного введения далагина, фибринолизина и фраксипарина с отношении развития ПСББП. Течение послеоперационного периода при таких условиях лечения при лапароскопических операциях протекало лучше и быстрее, без эпизодов обострения и без развития послеоперационных спаек. Больные раньше выписывались из хирургического стационара, что свидетельствует также о существенном экономическом эффекте от предложенного метода.

ПЕРФТОРАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Демин Д.Б., Тарасенко В.С., Басов Ф.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность перфторуглеродного кровезаменителя – перфторана в лечении острого панкреатита (ОП).

Материалы и методы. Наблюдали 96 пациентов с подтвержденным ОП, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным показателям. Пациенты 1 группы (56 человек – 58,3 %) получали стандартную терапию (инфузия, блокаторы панкреатической секреции, спазмолитики, антибиотики). Пациентам 2 группы (40 человек – 41,7 %) при поступлении дополнительно вводился внутривенно капельно препарат «перфторан» в разовой дозе 6 мл/кг. У всех пациентов содержание лактата определяли в 1, 3, 7, 10 сутки энзиматическим методом.

Результаты. При поступлении в 1-й группе тяжесть ОП по шкале Glasgow (1984) составила 2,8 из них у 25 (44,6 %) больных – тяжелый ОП. Индекс тяжести SAPS I (1993) – 33,6. Во второй группе тяжесть ОП – 2,9, из них у 21 (52,5 %) больного – тяжелый ОП, индекс SAPS II – 32,9. Уровень лактата при поступлении в обеих группах одинаков и превышает норму в 2,36 раза ($p < 0,01$). В дальнейшем во 2-й группе отмечается достоверное снижение уровня данного метаболита на 27–39 % по сравнению с 1-й группой. Прогрессирование процесса явилось показанием к лапароскопии у 26 (46,4 %) больных 1-й группы и у 10 (25 %) больных 2-й группы. Все вмешательства выполнены

в течение 3-х суток с момента госпитализации. Объем лапароскопии – ревизия и санация брюшной полости и сальниковой сумки, дренирование их. В 1-й группе у 16 (28,6 %) больных выявлен панкреонекроз, у 10 (17,9 %) – отечный ОП. Во 2-й группе соответственно у 6 (15 %) и 3-х (7,5 %). После вмешательства все больные получали стандартное лечение, у больных с панкреонекрозом проводился проточный лаваж сальниковой сумки. В 1-й группе лапаротомия выполнена у 8 (14,3 %) человек. Срок операции – от 5 до 23 суток с момента лапароскопии, показания – инфицирование некроза. Летальный исход у 7 (12,5 %) пациентов с тотальным панкреонекрозом, всем выполнена лапаротомия. Причина смерти – панкреатогенный сепсис. Во 2-й группе лапаротомия выполнена у 2-х (5 %) больных в связи с инфицированием тотального панкреонекроза, один пациент (2,5 %) умер по той же причине. У 9 (22,5 %) пациентов, поступивших в первые сутки ОП наблюдался феномен «обрыва». У 7 (17,5 %) сформировались парапанкреатические жидкостные скопления, дренированы под контролем УЗИ.

Заключение. Применение перфторана при ОП, особенно на ранних стадиях, позволяет улучшить результаты лечения путем достижения в ряде случаев феномена «обрыва», локализации процесса и проведении его по асептическому пути.

ПРИМЕНЕНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

Демин Д.Б., Фуныгин М.С.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

Острый панкреатит (ОП) является актуальной проблемой хирургии. Одним из ведущих звеньев патогенеза ОП является нарушение микроциркуляции с развитием ишемии и окислительного стресса.

В данном ракурсе представляет интерес тиоктовая кислота (ТК) – мощный антиоксидант, осуществляющий рецикл других антиоксидантных факторов (токоферол, глутатион) и облегчающий превращение молочной кислоты в пировиноградную с последующим декарбоксилированием последней и купированием лактат-ацидоза.

Цель исследования: проанализировать эффективность применения ТК в комплексном лечении острого алкогольного панкреатита.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 32 больных с подтвержденным ОП алкогольной этиологии, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным показателям. Пациенты I группы (17 человек – 53,1 %) получали стандартную терапию (инфузии, блокаторы панкреатической секреции, спазмолитики, антибиотики). Пациентам II группы (15 человек – 46,9 %) дополнительно вводилась внутривенно капельно тиоктовая кислота ежедневно в дозе 600 мг в сутки. Принципиальным критерием включения пациентов в исследование был досуточный срок заболевания на момент госпитализации (до формирования панкреонекроза). Критерием эффективности лечения считали прекращение прогрессирования процесса и проведение его по асептическому пути.

Результаты и обсуждение. В I группе панкреонекроз развился у 11 (64,7 %) человек, из них у 10 (58,8 %) больных прогрессирование процесса

явилось показанием к хирургическим инвазиям: в качестве стартового метода 5 пациентам выполнены эндовидеохирургические вмешательства в объеме санации, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, 3-м больным – пункционные дренирования парапанкреатических жидкостных скоплений под контролем УЗИ, 2-м больным изначально выполнена лапаротомия по поводу инфицированного панкреонекроза. В последующем у 4-х пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства, произошло инфицирование некроза: в 3 случаях выполнена лапаротомия, в одном случае – вскрытие и дренирование парапанкреатических абсцессов из минидоступа. Таким образом, в данной группе инфицированный панкреонекроз развился у 6 (35,3 %) пациентов.

Во II группе развитие деструктивного панкреатита выявлено у 7 (46,6 %) пациентов, во всех случаях выполнены эндовидеохирургические вмешательства. Инфекционных осложнений не было.

В I группе летальный исход у 2-х (11,8 %) пациентов с развившимся инфицированным панкреонекрозом и выполненными в связи с этим открытыми вмешательствами. Причина смерти – панкреатогенный сепсис. Во II группе погиб один пациент (6,6 %) – полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования стерильного панкреонекроза.

Заключение. Включение тиоктовой кислоты в комплексную терапию острого алкогольного панкреатита позволяет улучшить результаты лечения данного заболевания путём прерывания прогрессирования деструктивного процесса и проведения его по асептическому пути.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО СЕПСИСА

Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х., Хачатрян Н.Н., Юанов А.А., Рамазанова Ю.И., Талханов В.М., Ашимова А.А., Атаев Т.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Термин панкреатогенный сепсис прочно вошел в медицинскую практику. Диагноз панкреатогенного сепсиса ставится при наличии инфицированного панкреонекроза, синдрома системной воспалительной реакции и органических (2-х и более) дисфункций.

Дополнительными маркерами панкреатогенного сепсиса являются: повышение прокальцитонина в плазме крови более 20 мг/л, иммунодефицит, повышение С-реактивного белка, бактериологические посевы из очага и крови.

Особенностями панкреатогенного сепсиса являются: позднее развитие от начала панкреатита, быстрое развитие полиорганных дисфункций, невозможность радикальной санации очага, развитие грозных осложнений: аррозивных кровотечений, дигестивных наружных и внутренних свищей, тяжелых метаболических нарушений, желудочно-кишечные кровотечения, перфорации полых органов.

Под наблюдением находилось 926 больных с панкреонекрозом. Инфицированный панкреонекроз выявлен у 349 (38 %), из них алкогольный – 186

(53 %), алиментарный – 104 (30 %), билиарный – у 58 (17 %) больных.

Панкреатогенный сепсис из 349 больных с инфицированным панкреонекрозом выявлен у 92 (26 %). Причиной сепсиса была обширная забрюшинная флегмона у 59 (65 %), панкреатогенный абсцесс – у 19 (20 %), гнойный панкреатогенный перитонит – у 10 (11 %), абсцесс печени – 1 (1 %).

Из 92 больных с сепсисом желудочно-кишечные кровотечения из острых эрозий и язв развились у 12 (13 %), перфорации – 6 (7%), аррозивные кровотечения – 9 (10%), некроз ободочной кишки – 6 (7 %), некроз брыжейки тонкой кишки – 2 (3 %).

Из 92 больных спасено 44 (48 %). Умерло 48 (52 %). Наиболее частыми возбудителями являлись: энтеробактерии, бактероиды, стафилококк и смешанная форма.

Основными направлениями тактики при панкреонекрозе являются: профилактика инфицирования поджелудочной железы, парапанкреатической и паракочеческой клетчатки, как можно раннее восстановление моторики ЖКБ, (транслокация микробов), и лечение синдрома кишечной недостаточности, назначение в качестве стартовой антибактериальной терапии (карбапенемы или фторхинолоны III поколения), применение экстракорпоральных методов детоксикации, профилактика гепаторенальных, макро- и микрогемодинамических дисфункций, иммунотерапия, защита слизистых и коррекция гемокоагуляции.

Важнейшей мерой лечения инфицированного панкреонекроза является своевременная адекватная санация брюшной полости, сальниковой сумки, поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х., Торшин С.А., Юанов А.А., Рамазанова Ю.И., Алиев А.М., Титова Е.А., Атаев Т.А., Ашимова А.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Синдром кишечной недостаточности, синдром интраабдоминальной гипертензии и высокое внутрипросветное давление, которое развивается у 80 % больных с деструктивным панкреатитом, являются основными причинами транслокации микробов в область поджелудочной железы и парапанкреатическую клетчатку. Для профилактики инфицирования стерильного панкреонекроза незамедлительным мероприятием должна быть ликвидация пареза кишечника, восстановление ее моторики и пассажа. Наиболее эффективными мероприятиями для этого являются назоэнтеральный лаваж, магнитно-импульсная терапия передней брюшной стенки и перидуральная блокада.

Сразу после установления диагноза «панкреонекроз» больных госпитализируют в отделение реанимации, где выполняются ЭГДС с установкой назоэнтерального зонда, катетеризация перидурального пространства и проводится магнитно-импульсная терапия по ходу восходящей, поперечно-ободочной и нисходящей ободочной кишки 2 раза в сутки.

Кишечный лаваж проводится через зонд, установленный на 30–40 см за Трейтцеву связку капельно или инфузатом скоростью 50–60 капель в минуту.

Раствор состоит из: 200 мл физиологического раствора, 200 мл 10% раствора глюкозы, 100 мл прокинетика Хилак-форте, 100 мл вазелинового масла и 100 мл любой смеси для энтерального питания. В первые сутки вводится 500–600 мл раствора, в последующие двое суток по 1000 мл, затем по 2000 мл. Кишечный лаваж прекращает-

ся через сутки после первого самостоятельного стула и устранения пареза.

Параллельно проводилась интенсивная адекватная терапия панкреонекроза. Контроль за состоянием функции кишечника проводился по клиническим данным: рвота, отхождение газов и стула, ликвидация вздутия живота, отделяемое по желудочному зонду. Инструментальный мониторинг проводился по энтерозондам, УЗИ брюшной полости и измерениям внутрибрюшной гипертензии по Kgo_{nu} и абдоминальному перфузионному давлению.

В перидуральное пространство через катетер вводится 0,2% нарופן в количестве 40–50 мл с помощью инфузомата в течение 2–5 суток до полного восстановления моторики кишечника.

Из 72 больных перистальтика восстановлена через 18 часов у 16, через 24 часа – у 22, через 48 часов – у 25, через 3-е суток – у 5 и через 5 суток – у 2 пациентов. В контрольной группе, которой целенаправленная терапия пареза кишечника не проводилась, у 96 больных сроки восстановления в 1,5–2 раза превышали сроки восстановления больных основной группы.

В основной группе инфицирование панкреонекроза наступило у 7 больных (9,7 %). В основном это были больные с поздним (2 и более суток) сроками ликвидации динамической кишечной непроходимости. В контрольной группе из 96 больных инфицирование наступило у 14 (14,5 %), что в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе.

Таким образом, целенаправленная своевременная стимуляция кишечника позволяет в 1,5 раза снизить инфицирование панкреонекроза.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Дуберман Б.Л., Мизгирев Д.В., Поздеев В.Н., Тарабукин А.В., Кустышев М.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Архангельск, Россия

ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск, Россия

Цель исследования: оценить результаты лечения больных с абсцессами печени пункционно-дренажными методиками.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование сплошной выборки пациентов с абсцессами печени, пролеченных в хирургических отделениях за период 2008–2011 гг. Оперировано 44 больных в возрасте $53,8 \pm 17,9$ лет: с солитарными абсцессами печени – 33 (75 %), с множественными – 9 (20,5 %) и милиарными – 2 (4,5 %). Холангиогенные абсцессы встретились у 11 (25 %) больных, криптогенные – у 19 (43,2 %), посттравматические – у 5 (11,4 %), послеоперационные – у 7 (15,9 %), постнекротические – у 2-х (4,5 %) больных. Диагностический алгоритм включал общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), чрескожную пункцию (ЧП) очага под ультразвуковым наведением с микробиологическими и микроскопическим исследованием экссудата. Тактика хирургического лечения солитарных и множественных абсцессов включала чрескожную пункцию очага под УЗ наведением с дренированием полостей 1–4 дренажами, контрастирование полости; пассивное дренирование с фракционным (1 дренаж) или проточным промыванием растворами антисептиков; УЗИ, фистулография на 5–7 сутки для определения затеков контраста в желчные протоки, коррекции

положения дренажа. После санации очагов, в амбулаторных условиях в течение 3–4 недель склерозирование остаточной полости раствором этилового спирта 96% с последующей госпитализацией для контрольной фистулографии, УЗИ и удаления дренажей. При холангиогенных абсцессах печени при наличии желчных свищей выполнялась транспиллярная желчная декомпрессия (папиллотомия со стентированием желчных протоков). При милиарных абсцессах ЧП доступного очага с эвакуацией содержимого и фистулографией позволяет проводить рациональную антибактериальную терапию как окончательный метод лечения.

Результаты. Больших осложнений у больных, пролеченных по данной методике, не встретилось. Средние сроки первой госпитализации составили $10,7 \pm 4,9$ дней, общие сроки лечения – $52,1 \pm 14,7$ дней. Летальность при пункционно-дренажном лечении абсцессов печени составила 3 (6,8 %).

Выводы. Операцией выбора при абсцессах печени являются пункционно-дренажные вмешательства. Малоинвазивное хирургическое лечение холангиогенного абсцесса печени предполагает устранение причины восходящей инфекции – декомпрессия желчевыводящих путей. При множественных мелких абсцессах печени показана рациональная антибактериальная терапия после ЧП очагов инфекции.

ПРЕДИКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА – ОСНОВА СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Дюжева Т.Г., Шефер А.В., Джус Е.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Платонова Л.В., Гальперин Э.И.

Отдел хирургии печени ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия.

Показания к различным вмешательствам на поджелудочной железе (ПЖ) при остром панкреатите (ОП) обсуждаются и определены, главным образом, наличием инфицирования.

Цель исследования: изучить критерии раннего прогнозирования распространенного парапанкреатита (РП) и возможность их использования при определении дифференцированного подхода к лечению больных ОП.

Материалы и методы. 102 больным с ОП проведена КТ с болюсным контрастированием: у 70 % больных первое исследование проведено до 6 дней от начала заболевания, у 20 больных – на

2–3-й день. Определяли следующие параметры поражения ПЖ: наличие некроза, его локализацию (головка, перешеек, тело, хвост), объем, глубину проникновения некроза в ткань ПЖ в сагиттальной плоскости, наличие жизнеспособной паренхимы (ЖП) ПЖ, расположенной за некрозом. Исследовали инфильтративно-жидкостные изменения в парапанкреатической области и забрюшинной клетчатке. О развитии РП судили по классификации Kazuo Ishikawa с соавт. (2005) (наличие изменений 3–5 ст.). Исследовали индекс Apache-II, активность альфа-амилазы в жидкостных скоплениях (ЖС).

Результаты. У 40 больных при проведении КТ некрозов в ПЖ не отметили, только у 12 (30 %) отметили РП, показатель Apache-II составил 8,2, активность альфа-амилазы в ЖС была низкой. У 62 больных выявлены различной конфигурации и локализации некрозы ПЖ: у 20 больных отмечены множественные некрозы в различных отделах ПЖ, чередующиеся с наличием ЖП (1 гр.), у 25 больных некроз был расположен в головке или перешейке ПЖ, за которым располагалась ЖП (2 гр.), у 17 больных некроз занимал зону хвоста ПЖ, ЖП за некрозом не было (3 гр.). РП наблюдали у 80 % больных 1 группы, 60 % больных 2 группы и у 47 % больных 3 группы. Показатели Apache-II составили, соответственно, $12,7 \pm 1,6$, $11,8 \pm 2,4$ и $9,7 \pm 1$. Активность альфа-амилазы в ЖС у больных 1 и 2 групп была более 2000 ед./л., что соответствовало наличию панкреатического сока, у больных 3 группы – низкой. Анализ показал, что парапанкреатит формируется уже в первые дни заболевания, у 55 % больных в это время выявлен РП. Основными параметрами, определяющими развитие РП (данные многофакторного анализа), являются глубокие некрозы паренхимы ПЖ (определяют возможность повреждения протоковой системы) и наличие ЖП

за некрозом (автономная секреция сока в забрюшинное пространство), а также превалирование прогрессирующего жидкостного компонента с высокой активностью альфа-амилазы над инфильтративными изменениями.

Заключение. Повреждение протоковой системы ПЖ при ОП является важным патогенетическим звеном развития парапанкреатита. Ранними предикторами РП при ОП являются глубокие некрозы ПЖ с наличием функционирующей паренхимы за некрозом, преобладание жидкостной составляющей над инфильтративной в структуре воспалительных изменений забрюшинной клетчатки, быстрое прогрессирование ЖС с высокой активностью альфа-амилазы. Выявленные параметры следует учитывать при определении стратегии лечения больных ОП. При локализации глубоких некрозов в головке и перешейке ПЖ, а также в других отделах (при чередовании участков глубокого некроза с ЖП, расположенной за некрозом), прогрессировании ЖС необходимо раннее вмешательство (пункции, дренирование ЖС, эндоскопическая реканализация главного панкреатического протока в зоне некроза), направленное на профилактику РП и его инфицирования.

АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ APPLEBY С ИССЕЧЕНИЕМ ОБЩЕЙ И ЛЕВОЙ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АБЕРАНТНОЙ ЦЕЛИАКО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ АНАТОМИИ

Егоров В.И. ¹, Петров Р.В. ¹, Козырин Р.В. ¹, Гришанков С.А. ¹, Ложкин М.В. ², Яшина Н.И. ¹, Майновская О.А. ², Старостина Н.С. ¹, Филиппова Е.М. ¹, Черная Н.Р. ³, Коваленко З.А. ¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

² Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

³ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Корпоро-каудальная резекция поджелудочной железы с иссечением чревного ствола (модифицированная операция Appleby, МОА) может эффективно применяться в некоторых случаях местнораспространенного рака тела поджелудочной железы (ПЖ). Мы не встретили в литературе описания МОА с иссечением общей (ОПА) и левой печеночной артерии (ЛПА), а описание кровоснабжения печени и желудка в этом случае, представляет безусловный интерес.

Материалы и методы. В исследование вошли 8 пациентов: 7 мужчин (48–67 лет) и 1 женщина 63 лет, страдающие раком тела ПЖ, вовлекающим чревный ствол и его ветви. В 7 случаях при дооперационной КТ-ангиографии (КТА) была выявлена классическая артериальная анатомия, была выполнена МОА R0. В одном случае замещающая правая печеночная артерия (зППА) отходила от верхней брыжеечной артерии (ВБА) (Michels' тип III), выполнена МОА R0 с иссечением ОПА и ЛПА. У всех больных в послеоперационном периоде с помощью

КТА было оценено артериальное кровоснабжение печени.

Результаты. В половине случаев послеоперационный период осложнился панкреатической фистулой, в 1 – рецидивирующим арозийным кровотечением, приведшим к смерти пациента. Остальные наблюдения протекали без осложнений. По данным КТА артериальное кровоснабжение печени при классической целиако-мезентериальной анатомии после МОА осуществляется по пути «ВБА – панкреато-дуоденальная аркада – гастродуоденальная артерия (ГДА) – собственная печеночная артерия – печеночные артерии». После МОА с иссечением ОПА и ЛПА кровоснабжение правой доли происходит через зППА, а левой – через междолевые анастомозы между ветвями зППА и ЛПА, находящиеся в области ворот печени. Адекватность артериального кровоснабжения левой доли печени в последнем случае подтверждена интра- и постоперационным дуплексным сканированием. Кровоснабжение желудка в обоих случаях проис-

ходило по пути «ГДА – правая желудочно-сальниковая артерия».

Заключение. При выполнении МОА междолевые коллатерали между правой и левой печеночными

артериями дают возможность жертвовать одной из печеночных артерий при условии сохранения проходимости другой, интактных воротях печени и возможности интраоперационного УЗ-контроля кровотока.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 52 ПАЦИЕНТОВ С «ПАРАДУОДЕНАЛЬНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ». НАСКОЛЬКО ПРАВОМОЧЕН ЭТОТ ТЕРМИН?

Егоров В.И., Ванькович А.Н., Яшина Н.И., Дубова Е.А., Курушкина Н.А., Петров Р.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Термин «парадуоденальный панкреатит» был предложен как обобщающий кистозную дуоденальную дистрофию (ДД) гетеротопической поджелудочной железы (ПЖ), парадуоденальные кисты и «groove pancreatitis» на основании того, что эти заболевания имеют некоторые общие гистологические черты и могут имитировать опухоли головки ПЖ. Объединение различных категорий в одно понятие имеет смысл, если обнаружение их различий требует значительных усилий, а подход к лечению при этом остается одинаковым.

Цель исследования: оценить правомочность объединения вышеуказанных заболеваний одним термином.

Материалы и методы.

1. Проспективный анализ 52 случаев дуоденальной дистрофии (2004–2012) и сравнение предоперационных и патогистологических данных 33-х больных.

2. Оценка клинической картины и результатов лечения дуоденальной дистрофии.

Результаты. За время наблюдения не было выявлено ни одного случая «groove pancreatitis». Правильный диагноз был поставлен до операции во всех случаях, кроме одного, когда была заподозрена кистозная опухоль головки ПЖ (1,9 %). Сим-

птомами заболевания были боль в животе (100 %), потеря веса (76 %), рвота (30 %) и желтуха (18 %). Наиболее точными диагностическими средствами оказались КТ, МРТ и эндоУЗИ. Было выполнено 21 панкреатодуоденальная резекция (ПДР), 7 панкреатико- и цистоэнтероанастомозов, 4 операции Накао, 4 дуоденумсохраняющих резекций головки (ДСРГ) ПЖ, 1 дистальная резекция желудка и 6 панкреосохраняющих дуоденальных резекций (ПСДР). Летальность 0. Отсутствие боли выявлено у 85 % больных после ПДР, у 83 % – после ПСДР. После ДСРГ ПЖ и дренирующих вмешательств боль исчезла только у 18 % больных.

Заключение.

1. Диагноз дуоденальной дистрофии может быть точно установлен до операции современными методами.

2. Эффективность ПСДР для лечения ДД является безусловным доказательством того, что ДД – это заболевание, отличное как от опухоли головки ПЖ, так и от «бороздчатого» и ортотопического панкреатита.

3. Надежные методы диагностики и различное лечение при различных составляющих «парадуоденального панкреатита» делает применение этого термина ненужным и даже вводящим в заблуждение.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ПОСЛЕДУЮЩИХ МУЛЬТИОРГАНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ ДВУХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров В.И., Харазов А.Ф., Вишневский В.А., Шевченко Т.В., Казаков И.В., Петров Р.В., Козырин И.А., Коваленко З.А., Запгагов С.А., Старостина Н.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Местный рецидив рака поджелудочной железы нередко является поводом для отказа от повторных вмешательств при раке поджелудочной железы (ПЖ) в связи с предположением о коротком времени дожития таких больных.

Клиническое наблюдение: мужчина, проживший 4,5 года после трех последовательных мультиорганных резекций по поводу рака поджелудочной железы (ПЖ) и его местных рецидивов.

Пациенту 47 лет, в 2007 году была выполнена стандартная панкреато-дуоденальная резекция по

поводу высокодифференцированной протоковой аденокарциномы головки ПЖ. Послеоперационная химиотерапия гемцитабином. Спустя 1,5 года, на фоне острого холангита, вызванного обструкцией отводящей кишки рецидивом опухоли, а также по поводу рака культи ПЖ, в экстренном порядке была выполнена экстирпация культи ПЖ, резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия, лимфодиссекция. Спустя еще 1,8 года выявлен рецидив рака ПЖ в забрюшинном пространстве, вовлекающий чревный ствол, левый надпочечник и желудок.

Учитывая отсутствие отдаленных метастазов, произведено удаление рецидива опухоли с иссечением чревного ствола, левосторонней адреналэктомией, резекцией поперечной ободочной кишки и гастрэктомией. Спустя 14 месяцев при обследовании данных за рецидив опухоли не выявлено. На момент данного обследования пациент продолжал работать. Смерть

через 4,5 года после первой операции на фоне декомпенсации сахарного диабета.

Заключение. Агрессивный подход к местным рецидивам рака поджелудочной железы при отсутствии диссеминации оправдан в определенных случаях, обеспечивая больным большую продолжительность жизни и приемлемое ее качество.

ТОТАЛЬНАЯ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ И ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ИССЕЧЕНИЕМ ОБЩЕЙ И СОБСТВЕННОЙ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ, И ПРАВОСТОРОННЯЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ МЭН 1

Егоров В.И., Харазов А.Ф., Вишневский В.А., Шевченко Т.В., Петров Р.В., Козырин И.А., Коваленко З.А., Загагов С.А., Кондратьев Е.В., Старостина Н.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Обширные мультиорганные резекции с артериальными реконструкциями оправданы при нейроэндокринном раке поджелудочной железы (ПЖ). Такие вмешательства позволяют значимо продлить жизнь этим пациентам, качество которой обеспечивается заместительной терапией.

Клиническое наблюдение: женщина, 33 лет, с жалобами на постоянный дискомфорт и приступообразные боли в животе. При обследовании (КТ, МРТ эндоУЗИ, тонкоигольная биопсия) выявлены три опухоли ПЖ в головке (7 см) теле (2 см) и хвосте (1,5 см) и две опухоли правого надпочечника диаметром до 3-х см. При этом отмечается отхождение ОПА от ВБА (транспанкреатический гепатомезентериальный ствол) с вовлечением в опухоль ВБА, ОПА, СПА и бифуркации печеночных артерий.

После обсуждения на мультидисциплинарной комиссии, больная была оперирована. Выполнена тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекцией верхней брыжеечной артерии (ВБА), иссечением ОПА и СПА и правосторонняя адреналэктомия. ВБА реконструирована прямым артериальным анастомозом, кровоснабжение печени восстановлено вшиванием селезеночной артерии во вновь созданную бифуркацию печеночных артерий. Неосложненный послеоперационный период. Выписка на 25 сутки в связи с необходимостью подбора дозы инсулина. Гистологическое исследование – нейроэндокринная карцинома. Обследована через год – данных за рецидив нет. Работает.

Заключение. Агрессивный подход к метнораспространенному нейроэндокринному раку ПЖ оправдан и обеспечивает больным большую продолжительность жизни при приемлемом ее качестве.

ЦИРКУЛЯРНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИЙ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. ВСЕГДА ЛИ ЭТО ОЗНАЧАЕТ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТЬ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Егоров В.И., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Шевченко Т.В., Яшина Н.И., Петров Р.В., Козырин И.А., Коваленко З.А., Старостина Н.С., Захарова О.П.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Важнейшим радиологическим признаком нерезектабельности рака поджелудочной железы (ПЖ) является циркулярное вовлечение верхней брыжеечной артерии (ВБА) и/или чревного ствола (ЧС), что традиционно считается признаком прорастания опухоли стенки артерии. Компьютерная томография (КТ) является «золотым стандартом» для выявления рака ПЖ и определения его резектабельности.

Материалы и методы. Сравнение дооперационных данных КТ с результатами операционных данных при 55 стандартных, 52 расширенных ПДР, 19 тотальных панкреатодуоденэктомий (ПДЭ) и 8

дистальных резекций ПЖ с иссечением чревного ствола (ДРПЖИЧС) (2006–2011).

Результаты. КТ и МРТ выявили циркулярное вовлечение ВБА при раке головки ПЖ в 16 и гастродуоденальной артерии (ГДА) при раке тела ПЖ в тех случаях. Во всех этих 19 случаях операционная ревизия была предпринята в связи с неоднозначными данными эндоУЗИ. Не было выявлено артериальной инвазии в 12 случаях из 19 (63 %) несмотря на вовлечение в опухоль периартериальных нервных сплетений. Выполнено 9 расширенных ПДР и 3 ДРПЖИЧС. В 11 случаях резекции оценены как R1 (по артериальному краю) и

в 1 случае – как R0. Летальности не было, лимфорея отмечена у 7 больных (58 %), у 3-х больных возникла панкреатическая фистула (1 – недостаточность панкреатозентероанастомоза, 2 – недостаточность культи ПЖ). За время наблюдения (1,6 года) все 12 пациентов были живы и все получили химиотерапию гемцитабином, доказанных местных рецидивов не было, отдаленные метастазы выявлены у трех больных.

Заключение

1. Циркулярное вовлечение перипанкреатических артерий при раке ПЖ, выявляемое при КТ и

МРТ, не обязательно означает инвазию артерии, что говорит о сохраняющейся возможности радикального удаления опухоли в этих условиях.

2. Без скелетирования ВБА и ЧС при выполнении расширенных ПДР невозможно точно определить резектабельность, базируясь только на данных КТ.

3. Для оценки резектабельности рака ПЖ данные КТ необходимо дополнять экспертным эндоУЗИ во избежание неоправданного отказа от радикальной операции

ЦИСТОДИГЕСТИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Елисеев С.М., Корнилов Н.Г., Гумеров Р.Р., Чикотеев С.П., Шангуров В.А., Шапов В.В.,
Писарская Е.Ю., Клейменова Н.С.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Иркутск, Россия
ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница», Иркутск, Россия

Актуальность. Цистодигестивное кровотечение (ЦДК) при хроническом панкреатите – редкое трудно диагностируемое осложнение (0,8–10 %). Источник ЦДК – аррозия артерии содержимым кисты с реализацией в просвет ЖКТ. Летальность остается высокой (18–90 %).

Цель: оптимизация диагностико-лечебных мероприятий при хроническом панкреатите, осложненном ЦДК.

Материалы. В 2004–2012 гг. пролечено 33 пациента с хроническим панкреатитом, осложненным ЦДК. Мужчин – 30, женщин – 3 человека.

С клиникой желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) поступали 23 пациента, 4 – манифест кровотечения в стационаре, у остальных кровотечение диагностировано при пункции кисты (3), интраоперационно (3). ЖКК подтверждалось физикально (мелена, гематомезис, анемия, гемодинамические нарушения). У 17 анамнестически был хронический панкреатит, панкреонекроз у 6. Патогномоничный признак начала кровотечения в кисту – острая боль в эпигастрии установлена у 21 (63,6 %).

Из 12 пациентов, переведенных из других стационаров Иркутска и области, 2 ранее безуспешно оперированы с целью гемостаза. У 4-х (33,3 %) до перевода установлен правильный диагноз.

На ФГС обнаружена цистодигестивная фистула – 3 (9,0 %) пациента, геморрагия из БДС – 1 (3,0 %). Отсутствие источника геморрагии по данным ФГС – основание для протокола диагностики сложных причин ЖКК. УЗС выполнено 30 пациентам (90,9 %), кистозный панкреатит выявлен у 19 (63,3 %). УЗДГ обнаружила у 2-х турбулентный кровоток в кисте. МСКТ-ангиография выполнена 30 пациентам (90,9 %), признаки хронического кистозного панкреатита – у 29 (96,6 %), продолжающегося ЦДК – 5 (16,6 %).

Окончательным методом диагностики у 22 пациентов явилась ангиография, точность метода 86,4 %, прямые признаки ЦДК – 10 (52,6 %) пациентов, косвенные – 9 (47,4 %).

Результаты. У 15 пациентов (45,4 %) источник кровотечения – бассейн гастродуоденальной артерии (ГДА), у 18 (54,6 %) – селезеночной (СА). Кровотечение в кисту в 9 случаях (27,3 %), в просвет желудка – 13 (39,4 %), ДПК – 9 (27,3 %), сальниковую сумку – 2 (6,1 %), ретроперитонеально – 1 (3,0 %). Все подверглись хирургическому лечению. Регионарная эндоваскулярная окклюзия (РЭО) как первый или окончательный этап хирургической коррекции выполнена 12 пациентам (60,0 %), неэффективной была у 8 (40,0 %). 2 наблюдения – отсутствовали ангиографические признаки ЦДК, от РЭО воздержались. Выполнение РЭО возможно не всегда, но считаем её основным компонентом лечения, позволяющим воздержаться от экстренного вмешательства, подготовить пациента к адекватной операции. Эффективность РЭО 63,6 %.

Операции проведены 25 (75,7 %) пациентам. При кровотечениях из СА выполнено 10 дистальных резекции поджелудочной железы, открытое наружное дренирование кисты – 5 пациентам, лигирование артерии и разобщение артериогастральной фистулы по 1 случаю. У пациентов с кровотечением в бассейне ГДА выполнены: 1 – ПДР, 3 – операции Бегера, 2 операции Фрея, остальным дренирование кисты с лигированием артерии. У 3-х пациентов РЭО оказалось неэффективным, для профилактики интраоперационной кровопотери предложен оригинальный прием с использованием коронарного баллона (патент РФ №2367364). Летальность – 1 пациент (3 %).

Заключение. Знание данной патологии позволяет ее заподозрить и диагностировать. Основания для подозрения ЦДК: неинформативность ФГС, панкреатит или панкреонекроз в анамнезе, симптом

внезапной боли в животе, наличие кисты поджелудочной железы. Исчерпывающий диагностический метод – ангиография. РЭО – основной способ временного/окончательного гемостаза. Выбор объема

плановой операции определяется после гемостаза по принципам лечения хронического панкреатита. При неэффективности РЭО цель операции – гемостаз лигированием артерии.

РЕДКОЕ ПОКАЗАНИЕ К РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ. ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ

Ершов К.Г., Тетерин Г.В.

*МБУЗ Городская клиническая больница № 11, Новосибирск, Россия
Новосибирский центр хирургии печени, заболеваний желчных путей и поджелудочной железы,
Новосибирск, Россия*

Метастатическое поражение печени при меланоме сетчатки является редкой хирургической ситуацией. Независимо от сроков выполнения энуклеации глаза, меланома печени расценивается как метастаз и требует хирургического лечения. Как правило, очаг чаще локализуется в правой доле, что диктует необходимость выполнения расширенной правосторонней гемигепатэктомии.

Цель исследования: показать необходимость и сложность выполнения резекции печени при меланоме.

Материалы и методы. Оперировано 6 женщин с метастазом меланомы правой доли печени. Всем им ранее в сроки от 5 до 8 лет была выполнена энуклеация правого глаза по поводу меланомы сетчатки. Размеры очага были в пределах от 6 до 12 см,

объем операции – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Средняя продолжительность операции – 2,5 часа, средняя кровопотеря – 560 мл.

Результаты. Выздоровели 5 пациенток. Все они живы (максимальный срок наблюдения после операции 11 лет). Одна женщина погибла в раннем послеоперационном периоде от острой адреналовой недостаточности. В анамнезе у нее была выполнена адреналэктомия слева. На секции – аутолиз правого надпочечника.

Выводы. Представленные данные говорят в пользу активной хирургической тактики при поражении печени метастазами меланомы. При выполнении правосторонних обширных резекций необходимо помнить о таком редком осложнении, как острая адреналовая недостаточность.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ершова А.И., Минсеев Д.А., Трефилова Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России,
Пермь, Россия*

Цель исследования: изучить эффективность комплексного ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости в оценке тяжести течения и прогноза исходов ОП.

Материалы и методы. Обследовано 118 больных ОП (78 мужчин и 30 женщин, в возрасте $54,1 \pm 6,4$ лет). Их состояние оценивали по адаптированной шкале SOFA. Распространённость деструктивно-воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) и окружающих органах оценивали по оригинальной сонографической шкале (СШ) в баллах. Степень поражения паренхимы ПЖ, по данным компьютерной томографии (КТ), определяли по системе Balthazar-Ranson (1989).

Результаты. Полиорганная недостаточность по шкале SOFA при лёгком течении ОП и значения СШ ($3,89 \pm 0,10$ и $4,3 \pm 1,1$ балла соответственно; $p < 0,05$) были ниже, чем при средне-тяжелом течении заболевания ($9,11 \pm 0,44$ и $12,2 \pm 2,2$ балла соответственно). По шкале Balthazar-Ranson изменения ПЖ и забрюшинной клетчатки при ОП легкой

степени соответствовали категории В, а при средней тяжести у 82,4 % пациентов – категории С и у 17,6 % – D. Полиорганная недостаточность по шкале SOFA нарастала при панкреонекрозе и при стерильной форме была ниже ($10,4 \pm 1,9$ балла), чем при инфицированной ($14,2 \pm 2,3$ балла; $p < 0,05$). Сумма баллов по СШ у больных стерильным панкреонекрозом достигла $16,3 \pm 2,4$ ($p < 0,05$), а с инфицированным – $23,6 \pm 3,9$ ($p < 0,05$). Повышение индекса по СШ более 14 баллов свидетельствовало о развитии панкреонекроза (чувствительность показателя составила 73 %, специфичность – 87 %). По шкале Balthazar-Ranson у 14,6 % больных стерильным панкреонекрозом КТ картина соответствовала категории С, у 52,1 % – D и у 33,3 % – E. Сумма баллов по данным КТ при стерильном панкреонекрозе составила $7,3 \pm 2,1$, а при инфицированном была еще выше ($9,7 \pm 2,3$ балла). Значения шкалы SOFA, УЗИ и Balthazar-Ranson были сопоставимы, а корреляционные связи колебались от средней до высокой степени ($R_s = 0,35-0,93$; $p < 0,05$). Сопоставление

критериев Balthazar-Ranson и СШ признаков воспалительно-деструктивного процесса в ПЖ было установлено, что неблагоприятный прогноз течения ОП возрастает у больных с оценочным баллом по шкале Balthazar-Ranson выше 8, а по СШ – более 17. Чувствительность неблагоприятного прогноза

течения послеоперационного периода по СШ составила 85 %, специфичность – 85 %.

Выводы. Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости – эффективный метод оценки тяжести течения острого панкреатита и прогнозирования исходов заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ

Ефимов Н.В., Ремизов А.С., Синявский Э.А., Ахметов А.Д.

НУЗ ДКБ ОАО «РДЖ», Санкт-Петербург, Россия

За последние годы увеличилось число больных хроническим панкреатитом, который составляет 6,5 % от числа всех заболеваний органов пищеварения. Возросло внимание к осложнениям при этом заболевании, среди которых панкреатогенный плеврит встречается в 17–20 % случаев. Одним из механизмов его образования является формирование свищей между поджелудочной железой и плевральной полостью.

Цель исследования: привлечь внимание хирургов и терапевтов к возможности такого серьезного осложнения.

Больной Т., 61 года, госпитализирован в ДКБ с подозрением на левосторонний экссудативный плеврит, с жалобами на слабость, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, боли в верхней половине живота, слева. С 2006г. страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. При поступлении: состояние средней тяжести. Рентгенография органов грудной клетки – в левой плевральной полости выявляется жидкость до уровня 2 ребра. Органы средостения смещены вправо. Плевральная пункция слева получено 2,5 л. жидкости бурого цвета. Повторная плевральная пункция, получено 1,7 л. гемморагического экссудата. Исследование плевральной жидкости: мутная, в осадке эритроциты. Уд. вес 1,027; реакция нейтральная. Белок 18,0 г/л. Гематокрит – 0,02 л/и, амилаза – 6460 Е/л. МБТ не найдены, микрофлора не обнаружена.

Пациент осмотрен фтизиопульмологом и хирургом – высказано мнение о ферментогенном характере плеврита на фоне хронического панкреатита.

За время пребывания в стационаре отмечено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Выполнена плевральная пункция, получено 2000 мл экссудата. Произведено обследование на онкомаркеры, оказавшиеся в пределах нормы (РЭА, СА-19-9, альфа-фетопротеин). В биохимическом анализе крови сохраняется увеличение амилазы 312–740 Е/л, амилаза мочи составляет 1232–1014 Е/л. Произведена ЭРХПГ: при

вирсунгографии проток обычного калибра, без дефектов наполнения. В хвосте поджелудочной железы неоднородно контрастируется небольших размеров депо. При КТ – исследовании грудной клетки и брюшной полости диагностирован плевро-панкреатический свищ, левосторонний плеврит.

Больной переведен в хирургическое отделение и выполнена верхняя срединная лапаротомия. Вскрыта сальниковая сумка. Тело и хвост поджелудочной железы фиброзно изменены. От тела железы, слева от чревного ствола определяется фиброзный свищевой ход диаметром 0,6см. идущий к диафрагме позади пищевода. Фиброзные изменения распространяются на парапанкреатическую клетчатку. Часть тела и головки железы без изменений. Свищевой ход пересечен у диафрагмы. Выполнена резекция хвоста и тела поджелудочной железы и удалена селезенка. Левая плевральная полость дренирована в 8 межреберье и по среднеключичной линии, эвакуировано 1400 мл прозрачного выпота. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из плевральной полости удален на третьи сутки. Рана зажила первичным натяжением. На контрольной рентгенограмме грудной клетки: легкие расправлены, без инфильтративных изменений, жидкости в плевральных полостях не выявлено. На 9-е сутки сняты швы, больной выписан из стационара.

Заключение. В приведенном исследовании у больного, страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, заболевание осложнилось ферментативным плевритом (повышенный уровень амилазы, ЛДГ). Особенностью плеврита явилось быстрое накопление выпота, несмотря на частые пункции, что дало основание заподозрить формирование панкреатоплеврального свища. Оперативное вмешательство (резекция хвоста и тела поджелудочной железы с иссечением свища) позволило ликвидировать это осложнение.

Представляется, что хирургический метод в настоящее время является достаточно радикальным в лечении подобного рода осложнений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожченко Б.С., Короткая А.Ю., Муравьев П.Т.

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Украина

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного лечения 139 больных острым деструктивным панкреатитом, получивших лечение в областном центре гепатопанкреатологии за период с 2006 по 2011 гг., из них 51 (36,7 %) женщина и 86 (63,3 %) мужчин в возрасте от 18 до 80 лет. Основную группу наблюдения (67 больных – 48,2 %) составили больные, которым одновременно с инфузионной терапией и оперативными методами лечения проводился мембранный плазмаферез. В контрольной группе (72 больных – 51,8%) коррекция синдрома эндогенной интоксикации проводилась без применения экстракорпоральной детоксикации. В первой группе легкую форму ОДП диагностировали у 33 (49,2 %) больных, средней тяжести – у 21 (31,4 %) больного, тяжелый деструктивный панкреатит – у 13 (19,4 %) больных. Легкую форму ОДП диагностирован у 36 (50,0 %) больных второй группы, у 22 (30,5 %) больных зарегистрирован панкреатит средней тяжести, тяжелым деструктивным панкреатитом страдало 14 (19,5 %) больных.

Степень тяжести эндогенного эндотоксикоза определяли на основании уровней мочевины, креатинина, трансаминаз, лейкоцитарного индекса интоксикации, общего билирубина и его фракций, молекул средней массы.

Всем больным назначали многокомпонентную инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных, кислотно-основных нарушений, детоксикацию.

Наряду с базисной медикаментозной терапией при билиарном панкреатите и инфицированных

формах панкреонекроза проводились хирургические вмешательства, в основном – миниинвазивные.

Мембранный плазмаферез осуществляли, в большинстве случаев, в фазе ферментной токсемии, с помощью аппарата «Гемофеникс», используя плазмафильтры ПФМ-01-ТТ, по разработанной методике (патент Украины № 62538 «Способ комплексного лечения острого деструктивного панкреатита»). При тяжелом течении ОП количество сеансов достигало 4.

Результаты и их обсуждение. В основной группе наблюдалось более быстрое уменьшение болевого синдрома, улучшение общего состояния. Уровень амилазы уменьшился на 53 % к концу вторых суток. Наблюдалось снижение количества гнойно-некротических осложнений в основной группе 8,9 % (6 больных), по сравнению с контрольной группой – 33,3 % (24 больных).

В основной группе умерло 8 больных: 3 – от ферментативного шока и респираторного дистресс-синдрома, 2 – от острой сердечно-сосудистой недостаточности и 3 – от гнойно-септического шока с полиорганной недостаточностью. Летальность в основной группе составила 11,9 %. В контрольной группе основными причинами смерти были прогрессирующее септическое состояние, аррозивные кровотечения, полиорганная и острая сердечная недостаточность. Летальность составила 27,7 % (20 больных).

Выводы. Применение мембранного плазмафереза в комплексном хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита, в фазе ферментной токсемии, позволяет существенно уменьшить проявления синдрома эндогенной интоксикации, острой почечной недостаточности и снизить количество гнойно-некротических осложнений с 33,3 % до 8,9 % и общую летальность с 27,7 % до 11,9 %.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОЛИФТА ОРИГИНАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ЛАПАРОЛИФТИНГОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т.

*Одесский областной медицинский центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Украина
Кафедра хирургии № 2 Одесского Национального медицинского Университета, Одесса, Украина*

Введение. В последнее десятилетие выполняются все более сложные и объемные эндоскопические операции и, соответственно, более продолжительные. Характерная особенность лапароскопических вмешательств – необходимость создания карбоксиперитонеума для визуализации анатомических структур. Продолжительное воздействие напряженного карбоксиперитонеума оказывает сложный

комплекс изменений в организме больного, что становится клинически значимым у лиц пожилого и старческого возраста с серьезными сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В связи с этим понятен интерес к лифтинговой лапароскопии, при которой эндохирургическое пространство в брюшной полости создается с помощью специальных приспособлений – эндолифтов.

Цель исследования: показать преимущества лифтинговой лапароскопической холецистэктомии с использованием оригинальной лифтинговой системы в сравнении с традиционной лапароскопической холецистэктомией.

Материалы и методы. В отделении хирургии ООМЦ на базе кафедры хирургии № 2 ОНМедУ в период с 2010 по 2011 гг. выполнено 22 малогазовые лапароскопические холецистэктомии при желчекаменной болезни с применением оригинальной методики лапаролифтинга, которая, по нашему мнению, лишена перечисленных недостатков (подана заявка на получение патента Украины). У всех больных до операции отмечалось значительное снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В группу риска входили пациенты старше 60 лет с перенесенными в анамнезе острым инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, снижением фракции выброса левого желудочка менее 50 %, артериальной гипертензией и снижением объема форсированного выдоха менее 900 мл. Среди оперированных больных было 16 женщин и 6 мужчин. Операции выполнены под эндотрахеальным наркозом по традиционной схеме, первые сутки проводили в палате интенсивной терапии. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Антибактериальная, антикоагулянтная и инфузионная терапии проводились по показаниям.

Результаты. Применение лапаролифтинговой методики лапароскопической холецистэктомии позволило снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома – адекватного обезболивания удалось достичь применением ненаркотических анальгетиков у всех больных. Плече-лопаточный синдром отмечен лишь у 4-х (18 %) пациентов, причем слабовыраженный. Послеоперационная тошнота наблюдалась у 3-х (14 %) больных и не требовала медикаментозной коррекции, рвота – всего у одной больной. Общая продолжительность лифтинговой лапароскопической холецистэктомии существенно не отличалась от таковой при классической лапароскопической холецистэктомии. Осложнений со стороны послеоперационных ран не отмечено.

Выводы.

1. Лифтинговые лапароскопические холецистэктомии отвечают требованиям эндоскопических хирургических вмешательств.
2. Изопневматический режим при лапароскопии позволяет расширить круг пациентов для проведения лапароскопических вмешательств, исключая отрицательное воздействие напряженного карбоксиперитонеума.
3. Лифтинговая эндохирургия «стирает границы» между лапароскопической и открытой хирургией, сохраняя все преимущества малоинвазивных оперативных вмешательств.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Сидоров Р.С., Летина Ю.В., Лабазанов В.М.

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости как вирусными гепатитами, так и острым панкреатитом. Течение вирусного гепатита в ряде случаев сопровождается повреждением поджелудочной железы. В связи с этим изучение особенностей сочетания этих патологий представляет научный и практический интерес.

Цель исследования: изучение соответствия клинических данных морфологическим изменениям в ткани поджелудочной железы у больных вирусным гепатитом.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы протоколы аутопсий в патолого-анатомическом отделении КИБ им. С.П. Боткина 190 больных вирусным гепатитом, умерших в 2004–2005 гг. В большинстве случаев – 175 (92,1 %) наблюдений – наблюдали декомпенсацию цирротической стадии вирусного гепатита.

В ходе исследования анализировались характер и степень изменений ткани поджелудочной железы. Кроме того, был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с вирусным гепатитом, у

которых по данным аутопсии морфологическая картина соответствовала картине острого панкреатита.

Результаты. При анализе результатов аутопсии патологические изменения в ткани поджелудочной железы были выявлены в 112 (59,2 %) случаях. Из них в 34 случаях характер изменений морфологически соответствовал картине хронического панкреатита, в 78 наблюдениях имелись признаки острого панкреатита. Морфологическим субстратом острого панкреатита являлось: геморрагическое пропитывание, стеатонекрозы и абсцессы ткани поджелудочной железы и парапанкреатических тканей.

Стеатонекрозы ткани поджелудочной железы и парапанкреатических тканей были выявлены в 78 случаях. При этом основными жалобами больных при поступлении в стационар были: слабость, желтуха, увеличение объема живота. Неинтенсивные боли в верхних отделах живота в сочетании с тошнотой и рвотой наблюдались лишь в 12 случаях.

Сочетание стеатонекрозов и отека ткани поджелудочной железы, наблюдалось в 14 (12,5 %)

случаях. В клінічній картині превалирували скарги, характерні для обострення хронічного вірусного гепатиту. Болі в верхніх відділах живота спостерігалися у 5 пацієнтів і характеризувалися як неінтенсивні. Не було відзначено значимого підвищення значень амілази крові і діастази сечі в даній групі хворих.

В 15 (13,4 %) спостереженнях були виявлені абсцеси, локалізовані в підшлунковій залозі. В 7 (46,6 %) випадках хворі поступили в крайнє важке стані, з проявами важкої печеночної і поліорганної недостаточності. З клінічних проявів превалирували скарги на слабкість, збільшення об'єму живота, підвищення температури тіла до 38,5°C, болі в правому під'єбер'ї. При аналізі лабораторних показувачів виявлено помірна гіперферментемія і гіперферментурія.

Очаги кровоизлияний і геморагічне пропитывание ткани підшлункової залози були виявлені в 6 випадках (5,4 %). При цьому в 4-х випадках прижиттєво спостерігалися виражені

клінічні і лабораторні ознаки порушення гемостазу, з розвитком масивного шлунково-жлудочного кровотечення (що і стало причиною смерті). У всіх хворих основними скаргами були: слабкість, жовтуха, наростання асцитів. При аналізі лабораторних показувачів у даній категорії хворих спостерігалися виражені порушення гемостазу, характеризуючі гіпокоагуляцію.

Висновки. У хворих декомпенсованими формами вірусного гепатиту в 60 % випадків існують патологічні зміни підшлункової залози, з них у 2/3 хворих поряд з ознаками хронічного панкреатиту морфологічна картина відповідає картині гострого панкреатиту.

Клінічна картина, характерна для ураження підшлункової залози у хворих вірусним гепатитом, як правило, крайнє скудна і смазана, що створює труднощі для прижиттєвої діагностики гострої патології підшлункової залози.

СПОСОБ ПОЛУЧЕННЯ, ПРИМЕНЕННЯ АНТИТЕЛЬНОГО ЭХИНОКОККОВОГО ЭРИТРОЦИТАРНОГО ДИАГНОСТИКУМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦИСТОБИЛИАРНОГО СВИЦА

Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.

Казахстанский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Цель исследования: разработать способ получения эхинококкового антительного эритроцитарного диагностикума (ЭД) для индикации эхинококкового антигена (АГ) в желчи больных с осложненным эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Для получения ЭД использовалась эхинококковая жидкость (ЭЖ) полученная из эхинококковых кист печени овец и легких крупнорогатого скота (КРС). Известно, что ЭЖ является смесью паразитарных АГ и АГ хозяина паразита (сывороточные и тканевые), вторые являются сильными иммуногенами. Поэтому при иммунизации ЭЖ, появляются антитела (АТ) и к тем, и к другим АГ. Сывороточные и тканевые АГ овцы и КРС – разной специфичности, поэтому «клетки памяти» иммунной системы, появившиеся на введение сывороточных и тканевых (печеночных) компонентов овцы, не будут задействованы при повторном введении сывороточных и тканевых (легочных) АГ КРС. Проведена последовательная иммунизация кроликов ЭЖ в 2 этапа с интервалом времени. Получена иммунная сыворотка, с помощью которой приготовлен высокоспецифичный эхинококковый антительный ЭД. После разрыва

оболочек кисты и ее опорожнения, паразитарная киста еще длительное время (несколько недель) продолжает выделять специфические эхинококковые АГ, которые попадают в желчь. Нами был отработан режим индикации эхинококкового АГ в желчи. Метод апробирован в клинике у 8 больных с цистобилиарными свищами эхинококкового генеза. Индикацию эхинококкового АГ проводили с порцией «С» желчи в реакции прямой гемагглютинации (РПГА).

Результаты. Клинические данные подтвердили высокую чувствительность и специфичность полученного ЭД для диагностики эхинококкоза печени осложненного перфорацией в билиарное дерево.

Заключение. Разработанная схема последовательной иммунизации кроликов ЭЖ, позволила получить иммунную сыворотку с высоким содержанием специфичных АТ к эхинококковым АГ. С помощью этой иммунной сыворотки приготовлен эхинококковый антительный ЭД, который был использован для дооперационной индикации эхинококкового АГ в желчи у больных с осложненным эхинококкозом печени.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ЧРЕСКОЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И РАСПРОСТРАНЕННОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Ившин В.Г., Ившин М.В., Андреев Ю.Г., Аглиуллин А.Ф.

ООО «Центр новых медицинских технологий», Тула, Россия

ООО «Минимально инвазивные технологии», Железнодорожный Моск. обл., Россия

ООО «МФС», Казань, Россия

Введение. Метод чрескожного пункционного лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом характеризуется лучшими результатами, по сравнению с оперативным лечением, однако имеет множество ограничений, что обуславливает сдержанное отношение и недостаточное распространение. Причинами неудач является несовершенство применяемых инструментов и методик.

Цель исследования: разработка набора инструментов для лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

Материалы и методы. С 2009 года три организации (1 медицинская и 2 производственные) объединили усилия для создания комплекта инструментов для лечения больных с панкреонекрозом и парапанкреатитом. В настоящее время комплект инструментов создан и применен у 48 пациентов с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

Результаты и обсуждение. Разработанный набор инструментов применяется в различные фазы панкреатита и позволяет решить различные задачи. В зависимости от фазы панкреатита применяют дренажи различного калибра – в асептическую –

12–20 F, в инфицированную – от 20 F до 15–20 мм. Дренажи имеют различную форму, количество и расположение боковых отверстий, выполнены из рентгеноконтрастных материалов или имеют рентгеноконтрастные метки на рабочем конце. Разработанные устройства дренирования, замены дренажей, установочные канюли позволяют дренировать жидкостные скопления и участки некротизированной забрюшинной клетчатки как поэтапно, так и одновременно. Применение набора позволяет в ферментативную и реактивную фазы выполнить хирургическую детоксикацию путем дренирования острых панкреатических жидкостных скоплений и участков некротизированной забрюшинной клетчатки; в фазу расплавления и секвестрации – создать единую, хорошо дренируемую полость, объединяющую все выявленные очаги некроза и нагноения в забрюшинной клетчатке, ускорить демаркацию некротизированных тканей, чрескожно удалить секвестры.

Заключение. Применение разработанного комплекта инструментов значительно упрощает выполнение и расширяет возможности чрескожного лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ

Ившин В.Г., Малафеев И.В., Якунин А.Ю., Ившин М.В., Кремьянский М.А.

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», Тула, Россия

ООО «Центр новых медицинских технологий», Тула, Россия

Цель исследования: снижение летальности у больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом с помощью применения чрескожных пункционных вмешательств.

Материалы и методы. С 2005 года пролечено 80 больных с панкреонекрозом и парапанкреатитом алкогольной этиологии, которые разделены на 2 группы. В 1 группе (32 больных – 40,0 %) выполняли комбинированное лечение – чрескожное дренирование жидкостных скоплений, затем на 4–6 неделе от начала заболевания оперативное вмешательство. Во второй группе (48 больных – 60,0 %) – лечение стремились выполнить чрескожными пункционными методами: чрескожное дренирование, замена дренажей на средне- и крупнокалиберные, чрескожные секвестрэктомии. Критерием включения в данную группу

являлась установка дренажей среднего калибра. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и типу поражения забрюшинной клетчатки (по классификации А.Д. Толстого, 2003). В обеих группах преобладали больные с флегмонами типа С. Первичное дренирование, замену дренажей на средне- и крупнокалиберные выполняли с помощью разработанных нами инструментов. Чрескожные секвестрэктомии выполняли специальными катетерами, окончатый зажимом и разработанными экстракторами.

Результаты и обсуждение. Основные результаты лечения больных в 1 группе: осложнения чрескожных вмешательств (кровотечение) – 1, оперативное вмешательство – 100 %, релапаротомии – 53,1 %, выздоровление – 62,5 % (20 больных), летальность – 37,5 % (12 больных).

Основные результаты лечения больных во 2 группе: осложнения чрескожных вмешательств (кровотечение) – 1, оперативное вмешательство – 39,6 % (19 больных), релапаротомии – 8,3 % (4 больных), выздоровление – 83,4 % (40 больных), летальность – 16,6 % (8 больных). Показаниями к оперативному лечению во 2 группе больных были: наличие невыявленных гнойных очагов – 7 больных, аррозивное кровотечение – 5, сложная форма флегмоны, не позволяющая выполнить адекватную санацию или удаление секвестров – 2

больных, осложнение чрескожного дренирования – 1 больной, субъективное решение лечащего врача – 2 больных, отказ больного от продолжения пункционного лечения – 2 больных.

Заключение. Чрескожные пункционные вмешательства позволяют улучшить результаты лечения больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом. Чрескожная пункционная тактика лечения больных характеризуется лучшими результатами по сравнению с тактикой комбинированного лечения.

ИЗОЛИРОВАННОЕ ПАНКРЕАТИКОДИГЕСТИВНОЕ СОУСТЬЕ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Ионин В.П., Хрячков В.В., Колмачевский Н.А., Кислицин Д.П., Добровольский А.А.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: оценить частоту несостоятельности панкреатикодигестивных анастомозов при изолированном варианте реконструкции, определить исходы осложнений.

Материалы и методы. С 2003 года на базе специализированного отделения выполнено 44 панкреатодуоденэктомии с изоляцией панкреатикодигестивного соустья на отключенной по Ру кишечной петле. Все анастомозы с культей поджелудочной железы формировали на трубчатом дренаже, установленном в главный панкреатический проток, который выводили наружу через «слепой» конец петли кишки, несущей анастомоз. Формирование анастомоза на дренаже позволяет при несостоятельности его отвести часть сока наружу. Дренаж удаляли через три недели после операции.

У части пациентов с «мягкой» железой и диаметром протока менее 3 мм формировали наружно-внутренний трубчатый поджелудочно-кишечный свищ, который со временем являлся аналогом панкреатикоэнтероанастомоза. Так как железа «мягкая», кишку фиксировали к культе наводящими редкими швами. Область культи хорошо дренировали, так как не исключено подтекание панкреатического сока из культи поджелудочной железы. В течение 1,5 месяцев формировали внутренний свищ по ходу каркасного дренажа в просвет тощей кишки, после чего дренаж удаляли.

Указанная выше методика позволяет избежать наружного дренирования культи железы и, следовательно, повторных реконструктивных вмешательств.

Всего выполнено 36 (82 %) вмешательств с формированием панкреатикоэнтероанастомоза и

8 (18 %) с формированием наружно-внутреннего поджелудочно-кишечного свища.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 8 (18 %) пациентов. Несостоятельность панкреатикодигестивного соустья возникла у 5 (14 %) пациентов с формированием анастомоза.

Геморрагические осложнения развились у 3-х (6,8 %) пациентов, кровотечения из культи железы и крючковидного отростка – в 2-х случаях, аррозивное кровотечение из воротной вены на фоне несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза, которое привело к смерти больного – в 1 случае (летальность – 2,3 %).

При формировании наружно-внутреннего свища подтекание сока железы по дренажам расценивали как естественный процесс, учитывая отсутствие анастомоза.

Из 5 пациентов с несостоятельностью повторное оперативное лечение потребовалось только в одном случае.

Выводы. Предложенная выше тактика и способы реконструкции при формировании панкреатикодигестивного соустья позволили:

- полностью отказаться от наружного дренирования при «мягкой» железе, соответственно улучшить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде и избежать операций по закрытию свища;
- сократить частоту несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза до 14 %;
- уменьшить тяжесть течения послеоперационного периода при развитии несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза и в 80 % случаев излечить указанное осложнение консервативно.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Мелехина О.В., Шуракова А.Б.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия,

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. С 2002 г. накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 106 больных с метастазами колоректального рака в печень, из них – 47 (44,3 %) мужчин и 59 (55,7 %) женщин; средний возраст составил 51,6 (27–83) года. Всем пациентом кроме 3-х наблюдений первым этапом производилось удаление первичной опухоли.

Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Вмешательство производилось под ультразвуковым контролем. Всего было выполнено 192 сеансов РЧА. Чрескожная РЧА (ЧРЧА) была выполнена в 165 наблюдениях. Среднее число сеансов – $2,2 \pm 1,7$ (от 1 до 8). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 28 наблюдениях. Контроль эффективности производили с применением УЗИ, МРТ начиная с первых 24 часов после вмешательства. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась адьювантная химиотерапия.

Результаты. Среди послеоперационных осложнений после 193 всех сеансов РЧА наиболее часто отмечался экссудативный плеврит (17,5 %). Также были отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение – 2 (1,03 %), гемобилия – 4 (2,07 %), абсцессы печени и надпеченочного пространства – 6 (3,1 %), коагуляционная травма

внутренних органов – 3 (1,5 %), ожог на месте стояния пассивных электродов – 3 (1,5 %), печеночная недостаточность – 9 (4,6 %), сердечно-легочная недостаточность – 1 (0,5 %), нарушение сердечного ритма – 1 (0,5 %), адреналовый криз – 1 (0,5 %).

Летальность составила 1,03 % (2 больных умерли в первые 2 месяца после вмешательства). У 61 % больных возникли новые очаги, несмотря на проводимую химиотерапию и повторные сеансы РЧА, в том числе внутripеченочные – у 26%, внепеченочные (в первую очередь, в легкие) – у 34 % и внутри- и внепеченочные – у 45,8 %.

После ЧРЧА 1-, 2-, 3-, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 84,2 %; 55,7 %; 39,7 %; 29,7 % и 16,3 % соответственно. Медиана выживаемости составила – 32 месяца.

Заключение. Результаты лечения больных с новообразованиями печени с применением РЧА, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: период выявления метастазов, локализация, количество и размеры опухолевых узлов. При оценке эффективности РЧА УЗИ и КТ менее информативны, чем МРТ. УЗИ более правильно использовать для выявления возможных осложнений, а не для определения адекватности вмешательства. Чаще отмечается не продолженный опухолевый рост, а неполная деструкция. Отдаленные результаты применения РЧА, в первую очередь показатели выживаемости сопоставимы с результатами резекции печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Мелехина О.В., Шуракова А.Б., Чжао А.Б.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов первичным раком печени.

Материалы и методы. С 2002 г. накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 22 больных первичным раком печени, из них – 19 (86,4 %) мужчин и 3 (13,6 %) женщины; средний возраст составил 42,6 (34 – 68) лет. Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Вмешательство производилось под ультразвуковым контролем. Всего был выполнено 34 сеанса РЧА. Чрескожная РЧА (ЧРЧА) была выполнена в 28 наблюдениях у 16 пациентов. Среднее число сеансов – 1,4 (от 1 до 4). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 6 наблюдениях.

Показания к проведению РЧА:

- резидуальная/рецидивная опухоль после ранее проведенной РЧА или оперативного метода лечения;
- общие противопоказания к проведению резекции печени (тяжелое соматическое состояние больного, коагулопатия и т.д.);
- низкий функциональный резерв печени (цирроз печени класса «В», «С» (по Чайлду), последствия ПХТ, жировой гепатоз и др.).

Контроль эффективности производился с применением УЗИ, МРТ, начиная с первых 24 часов после вмешательства.

Результаты. Летальность составила 15,8 % (3 больных умерли в первые 2 месяца после вмеша-

тельства в следствие прогрессирования печеночной, а затем и полиорганной недостаточности). У 48 % больных было отмечено прогрессирование опухолевого процесса.

После РЧА 1-, 2-х, 3-х, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 56,2 %; 41,1 %; 26,4 %; 15,2 % и 7,1 % соответственно. Медиана выживаемости – 26 месяцев.

Заключение. Результаты лечения больных с новообразованиями печени с применением РЧА, как и при резекции печени, зависят от факторов

прогноза: локализация, количество и размеры опухолевых узлов, функционального состояния печени. При оценке эффективности РЧА УЗИ и КТ менее информативны, чем МРТ. Чаще отмечается не продолженный опухолевый рост, а неполная деструкция. Необходим динамический контроль за пациентами (УЗИ, СКТ, МРТ, определение уровня онкомаркеров). Чрескожная РЧА может производиться по мере необходимости, что в результате обеспечивает достаточную радикальность лечения.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ВОРОТ ПЕЧЕНИ

Каримов Ш.И., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Хасанов В.Р., Адылходжаев А.А., Хаджибаев Ф.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Проанализированы результаты эндобилиарных вмешательств 113 больных с механической желтухой (МЖ) опухолевого генеза. С целью дренирования желчных протоков использовали ЧЧХС. При катетеризации желчных протоков стремились уже при первом вмешательстве провести дренаж через зону блока. Если указанная манипуляция не приводила к успеху, осуществляли дренирование проксимальных отделов желчевыводящей системы над уровнем блока. Для создания адекватного наружного отведения желчи, профилактики миграции дренажа, стремились к созданию более протяженного дренируемого участка посредством заведения катетера в те или иные протоки печени. Попытки реканализации зоны блока осуществляли спустя 3–4 дня. При успешной реканализации блока желчевыводящей системы последовательным редренированием с заменой катетеров на больший диаметром добивались расширения канала и установки дренажа с внутренним диаметром не менее 3 мм.

При опухолевой обструкции I–II типа по Bismuth – 72 (63,7 %) больных, холангиография давала достаточно полную информацию о состоянии протоковой системы и для декомпрессии было достаточно одной дренажной системы.

При блоках с вовлечением в процесс зоны конfluence, долевых протоков и более проксимальных их отделов потребовалась установка двух или трех катетеров у 41 (36,3 %) больного. Наиболее сложной для декомпрессии желчевыводящей системы оказались ситуации, отнесенные к типу IV по Bismuth. При этом для создания условий оптимального дренирования требовалась отдельная катетеризация правого и левого долевого протока из-за их разобщения. При этом для адекватного оттока желчи путем создания протяженного дренируемого участка, а также для профилактики миграции дренажа катетер вводился антеретроградно: пункцией парамедианной ветви с заведением в дорзолатеральный сектор и, наоборот. При обу-

рации желчного пузыря, которая обнаружена у 8 больных, требовалось отдельное дренирование не только внутриворотных протоков обеих долей, но и желчного пузыря.

При этом часто информативность чреспеченочной холангиографии в выявлении заблокированных долевых или секторальных ветвей была недостаточна. Требовались многократные поисковые пункции с целью их обнаружения, что увеличивало травматичность вмешательства; контрастирование заблокированного магистрального долевого протока с разобщением его ветвей без последующего эффективного дренирования проводило к развитию холангита.

В этой связи считаем, что для блоков данной локализации непременным условием является оценка варианта блокирования желчных протоков до проведения вмешательств. Анализ возможностей неинвазивных лучевых методов показал, что в наибольшей степени в решении этой задачи соответствуют результаты магнитно-резонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ).

Применение МРПХГ у 16 больных позволило оценить характер поражения желчных протоков, осуществить оценку топографии желчной системы, выявить положение межреберья, из которого должна производиться пункция того или иного желчного протока.

После купирования механической желтухи с целью верификации опухоли у 18 больных была взята антеградная биопсия из проксимальных желчных протоках. В 13 случаях верифицирована аденокарцинома желчных протоков. После чего 9 больным выполнена регионарная химиотерапия препаратом Гемзар путем катетеризации собственной печеночной артерии.

Таким образом, многообразие характера поражения желчных протоков при проксимальной непроходимости желчевыводящей системы требует применения различных способов чреспеченочного дренирования с использованием одной, двух

или даже трех дренажных систем с обязательным включением в лечебно-диагностическую программу МРПЖ; после купирования МЖ целесообразно

применения антеградной биопсии, при этом регионарная химиотерапия способствует увеличению продолжительности жизни больных

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Материалы и методы. Проанализированы результаты эндоваскулярных, эндобилиарных, радикальных вмешательств и их осложнений у 95 больных с периампулярными опухолями в возрасте от 28 до 84 лет. Постановка диагноза была основана на комплексном обследовании, включающем клинические и инструментальные методы исследования: опухоль головки поджелудочной железы выявили у 72 (75,8 %) больных, рак фатерова сосочка – у 15 (15,8 %), опухоль дистального холедоха – у 6 (6,3 %), рак двенадцати перстной кишки – у 2 (2,1 %). При этом на I и II стадии заболевания находился 31 (32,6 %) пациент, стадия заболевания соответствовала III и IV у 64 (67,4 %) больных.

Лечебная тактика была двухэтапной. С целью декомпрессии желчных протоков первым этапом выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). При нормализации функциональных показателей печени и улучшение соматического статуса переходили ко второму этапу лечения: стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция была выполнена в 22 (23,2 %) случаях, обходной анастомоз наложен 10 (9,5 %) больным. Масляная химиоэмболизация артерий поджелудочной железы «Гемзаром» произведена 39 (41 %) больным. На прохождение химиотерапевтического лечения были отпущены 24 (25,3 %) пациента после ЧЧХС.

Результаты. Наибольшее количество осложнений после ЧЧХС были в группе больных с декомпенсированной печеночной недостаточностью (ПН): кровотечение из артериобилиарной фистулы (4 случая), а также беспокойного состояния пациентов, приведшего к миграции холангиостомы (5 наблюдений). Усиление гемостатической терапии позволило купировать гемобилию у 2-х больных. В 1 случае заменили стому на больший диаметр, механически сдавившего фистулу. Из-за неэффективности консервативной терапии эндоваскулярную эмболизацию правой печеночной артерии выполнили в 1 наблюдении. Дооперационная интенсивная инфузионная, антибактериальная, гормональная терапия больных с холангитом и сокращение объема вводимого контрастного вещества при ЧЧХС позволили избежать септического шока.

Несостоятельность гастроэнтероанастомоза после радикальных операций отмечена в 3 (14,3 %) случаях. Энтеральное зондовое питание и назначение антисекреторных препаратов позволило ликвидировать осложнение консервативно. В 2 (9,5 %) наблюдениях на 8 сутки был эпизод желудочно-кишечного кровотечения, усиление гемостатической терапии позволило остановить кровотечение.

В группе больных с паллиативными анастомозами в 2-х наблюдениях развилась послеоперационная стриктура гепатикоюноанастомоза. Повторные эндобилиарные вмешательства с длительным каркасным наружно-внутренним дренированием позволили ликвидировать данное осложнение.

Масляная эмболизация артерий, питающих опухоль головки поджелудочной железы, способствовала сокращению числа осложнений. С целью профилактики постэмболизационного панкреатита назначали сандостатин 100 мг 3 раза в день. Летальных исходов не было.

Заключение. Наибольшее количество осложнений после ЧЧХС наблюдают в группе больных с декомпенсированной стадией ПН. Применение гепатотропной, гемостатической, антибактериальной терапии перед эндобилиарными вмешательствами снижают процент осложнений. При появлении некупируемой медикаментозно гемобилии после эндобилиарных вмешательств целесообразно выполнять повторные эндобилиарные вмешательства с заменой холангиостомической трубки большего диаметра.

При появлении признаков несостоятельности желудочно-кишечных анастомозов, целесообразно консервативное лечение, при появлении признаков перитонита – решение вопроса о повторном оперативном лечении. При несостоятельности и стенозе билиодигестивных анастомозов необходимы повторные рентгеноэндобилиарные вмешательства.

В раннем послеоперационном периоде после радикальных операций необходимо проведение раннего парентерального питания, что усиливает регенеративно-репаративные процессы организма.

Применение сандостатина после масляной химиоэмболизации позволяет избежать постэмболизационного панкреатита.

ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗ – ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБОР ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Шахбазян О.Г., Жвितिшвили И.Д.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Смоленск, Россия

Цель исследования: выбор наиболее оптимального варианта формирования панкреатодигестивного анастомоза (ПДА).

Материалы и методы. Анализируются результаты 121 панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с формированием панкреатодигестивного анастомоза на восстановительном этапе операции. Использовались 2 способа формирования ПДА: панкреатоюноанастомоз (ПЕА) и панкреатогастроанастомоз (ПГА). ПЕА выполнен у 63 больных, ПГА – у 58. При втором варианте ПДР культи ПЖ инвагинируются в просвет желудка через разрез задней стенки его; при этом окружность гастротомического отверстия должна быть на 1/3 меньше окружности культи ПЖ, что обеспечивает достаточный герметизм анастомоза. Вторым рядом серозно-капсулярных швов желудок и культи ПЖ удерживаются в заданном положении.

Результаты. В первой группе ($n = 63$) послеоперационные осложнения возникли у 38 больных (60,3 %). Наиболее значимые осложнения: несостоятельность ПЕА – у 14 (22,2 %), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 10 (15,8 %), операционная летальность в этой группе составила 12,7 %.

Во второй группе ($n = 58$) послеоперационные осложнения отмечены у 15 (25,8 %): недостаточность ПГА – у 2 (3,4 %), недостаточность билиодигестивного анастомоза у 2-х (3,4 %), желудочно-кишечное кровотечение – у 3 (5,1 %), внутрибрюшное кровотечение – у 1 (1,7 %). В этой группе летальный исход имел место у одного больного (1,7 %) вследствие внутрибрюшного кровотечения.

Заключение. Формирование ПГА на заключительном этапе операции привело к значительному снижению несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза (с 22,2 % до 3,4 %) и послеоперационной летальности до 1,7 %.

«ЩАДЯЩАЯ» ХИРУРГИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Касумьян С.А., Пакусаев Б.А., Шахбазян О.Г., Безалтынних А.А., Ефимов И.А.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Смоленск, Россия

Наиболее распространенным способом миниинвазивного лечения кист ПЖ является чрескожное дренирование ее под контролем ультразвукового исследования.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кистами поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии в период с 2007 по 2011 гг. данная методика применена у 58 больных. У всех пациентов при диагностическом исследовании (на УЗИ или СКТ) были выявлены псевдокисты ПЖ различной локализации (головка – 11, тело – 21, тело и хвост – 19, хвост – 7). Размер кист варьировал от 5 до 18 см, анамнез заболевания у больных составлял от 1 недели до 5 месяцев.

Результаты. Полное исчезновение кисты ПЖ после пункции и эвакуации содержимого наблюдали у 43 больных. Уменьшение размеров кисты ПЖ было достигнуто у 8 больных. Обеспечить адекватное наружное дренирование не удалось из-за наличия детрита в полости кисты; всем

этим больным выполнены операции внутреннего дренирования (цистоеюноанастомоз) с хорошим ближайшим и отдаленным результатами. Еще у 7 пациентов отмечалось прогрессирование острого панкреатита, что потребовало более объемного оперативного вмешательства. Осложнение после выполнения процедуры наблюдалось в 2 случаях (в начальный период освоения методики). У 2-х больных в первые сутки была отмечена дислокация дренажа в желудок. Дренаж был удален. Киста была задренажена повторно на следующий день.

Заключение. Пункционный метод лечения является безопасным и высокоэффективным, и в силу этого приоритетным методом лечения кист ПЖ. Процедуру необходимо выполнять под строгим контролем ультразвука или рентгена с использованием только специального инструментария во избежание осложнений. Широкое использование миниинвазивных технологий способствует более быстрому излечению больных с кистами ПЖ.

БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А., Шумилов В.Г., Павловский В.Ф.

БУ ХМАО–Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: оценить методы билиарной декомпрессии и стентирования при доброкачественном и опухолевом поражении желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 448 пациентов с синдромом билиарной гипертензии за период с 2001 года по настоящее время. Применяли следующие виды декомпрессии: холецистостомия – 86 (19,2 %) пациентам (пункционно – 66, под контролем лапароскопии – 2, по традиционной методике – 18); холангиостома под ультразвуковым и рентгеноконтролем сформирована 248 (55,4 %) пациентам; эндоскопическая папиллосфинктеротомия + назобилиарное дренирование выполнены в 114 (25,4 %) случаях. Ретроградное стентирование выполнили 18 пациентам; антеградное (с 2010 года) – 28 пациентам (билобарное – в 2-х случаях).

Результаты. Эффективность дренирования при холецистостомии достигнута у 68 (79,1 %) пациентов; при чрескожной чреспечёночной холангиостомии (ЧЧХС) – у 220 (88,7 %); при эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и назобилиарном дренировании – у 74 (64,9 %). Средняя продолжительность дренирования до целевого снижения уровня билирубина у пациентов при выполнении холецистостомии, ЧЧХС и ЭПСТ составила 19, 8 и 10 дней соответственно. Необходимость повторных дренирующих вмешательств при неэффективности дренирования после формирования холецистостомы возникла у 15 (17,4 %) пациентов; после ЧЧХС – у 24 (10,9 %); после эндоскопического ретроградного дренирования – у 34 (29,8 %).

Специфические осложнения при билиарной декомпрессии выявлены у 14 (3,1 %) пациентов: при формировании холецистостомы – у 3 (3,5 %); ЧЧХС – у 5 (2,0 %), при ЭПСТ – у 6 (5,3 %). Все осложнения при холецистостомии и ЧЧХС заключались в подтекании желчи или крови из пункционного канала печени, желчеистечении в результате перфорации противоположной стенки желчного пузыря при пункционной холецистостомии – в 1 случае. Срочные оперативные вмешательства выполнены у 3-х пациентов: с летальным исходом – в 1 случае (прогрессирование полиорганной недо-

статочности). Осложнения при ЭПСТ заключались в перфорации двенадцатиперстной кишки – 1, кровотечении из области большого дуоденального сосочка – 1, остром панкреатите – 3, мезентериальном тромбозе – 1 случай. Летальность составила 0,7 % (2 пациента).

Специфические осложнения при стентировании печеночных протоков выявлены у 7 (15,2 %) пациентов. Ретроградное стентирование пластиковыми стентами при опухолевом поражении гепатикохоледоха и головки поджелудочной железы проведено по двухэтапной методике после ЭПСТ и назобилиарного дренирования 16 пациентам, по одноэтапной методике после ЭПСТ – 2-м пациентам. Стентирование оказалось эффективным у 12 пациентов. Осложнения возникли в 4-х случаях (гемобилия – 2, острый панкреатит – 2), что у 3-х пациентов потребовало раннего удаления стента. При миграции стента потребовалось рестентирование у 2-х больных. Антеградное стентирование нитиноловыми стентами по двухэтапной методике после ЧЧХС оказалось эффективным у 26 пациентов, осложнения возникли в 3-х случаях (гемобилия с развитием билиарного сепсиса, прогрессированием печеночной недостаточности с летальным исходом – 1, острый панкреатит – 1, тромбоз сегментарной ветви печеночной артерии с развитием инфаркта IV сегмента печени – 1). Летальность составила 2,2 %.

Выводы

1. ЧЧХС адекватно и быстро разгружает билиарный тракт, позволяет выполнить стентирование протоков при нерезектабельной опухоли. Число осложнений при формировании холангиостомы меньше, чем при других методиках.

2. Холецистостомия выполняет свои функции только при дистальном блоке холедоха, значительно медленнее разгружает билиарную систему, исключает возможность стентирования желчных протоков, как второго этапа лечения.

3. Эндоскопические ретроградные вмешательства на желчевыводящих протоках показаны, преимущественно, при холедохолитиазе и доброкачественных стриктурах дистального отдела холедоха. При злокачественном поражении они часто бывают неэффективными, имеют тяжелые осложнения, значительно затягивают сроки лечения.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Ковалев А.В., Здзитовецкий Д.Э., Соколов В.Н., Белобородов А.А.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия
МБУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича», Красноярск, Россия*

Цель работы: оценка эффективности чрескожного дренирования желчных путей у больных механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 197 человек с механической желтухой, из них 48 пациентов со злокачественными опухолями органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны: 23 женщины, 25 мужчин. Возраст больных находился в диапазоне от 39 до 84 лет. Средняя длительность желтухи составила 32,2 дня, уровень билирубина крови колебался от 190 до 560 мкмоль/л. В 18 случаях механическая желтуха сопровождалась гнойным холангитом. У всех больных пожилого и старческого возраста имелся ряд тяжелых сопутствующих заболеваний.

Вмешательства выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы – у 38 пациентов, рака фатерова соска – у 4-х, рака желчных протоков – у 2-х, рака желчного пузыря – у 1, метастазов рака желудка в ворота печени – у 2-х, метастазов колоректального рака в печень – у одного пациента.

Учитывая тяжесть состояния пациентов и длительный период желтухи, выполняли наружное дренирование желчных путей в течение первых суток с момента поступления больного в стационар. Данная методика выполнялась на ангиографической установке фирмы SIMENS AXIOM ARTIS, с использованием дренажных наборов фирмы COOK.

Всем больным первичным этапом была произведена эндоскопическая попытка разрешения механической желтухи, при неэффективности которой мы использовали интервенционные вмешательства. Во всех случаях выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию через правый боковой доступ. При полной окклюзии желчных протоков,

невозможности проведения проводника ниже места обструкции, выполняли наружное дренирование (устанавливали дренаж над областью опухолевого блока). В случае проведения ангиографического проводника дистальнее зоны опухолевого стеноза, мы выполняли одномоментное наружно-внутрипеченочное дренирование (проксимальный участок дренажа с отверстиями находим над уровнем окклюзии, дистальный в просвете ДПК).

Результаты. При успешном дренировании внутрипеченочных протоков уровень билирубина снижался уже к 5-м суткам, на 12–14 сутки приходил к нормальным цифрам. Результатом нормализации уровня билирубина и состояния пациента, было принятие решения о радикальном или паллиативном вмешательстве.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: у 4-х пациентов возникла гемобилия, которая в 3-х случаях купирована консервативно, 1 больная была оперирована и умерла от ДВС-синдрома после экстренной операции.

Выводы. Чрескожные эндобилиарные вмешательства способствует ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, характеризуются низким числом осложнений и летальности и могут использоваться как подготовительный этап перед предстоящими операциями.

Недостатки данного метода: ухудшение качества жизни с установлением дренажа, требуется уход за дренажем, длительное стояние дренажа может привести к нижнедолевой правосторонней пневмонии, реактивному плевриту, риску возникновения контактной гемобилии, возникновению холангита.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Козлов И.А., Кригер А.Г., Горин Д.С., Королев С.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: определить показания и оценить результаты лапароскопических резекций поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Лапароскопические операции выполнены 25 больным (женщин – 21; 84,0 %), возраст больных варьировал в пределах от 26 до 68 лет) с опухолями ПЖ (19) и хроническим панкреатитом (6).

При комплексном обследовании до операции изменения ПЖ расценены как кистозная опухоль у

18 больных. Первично-множественное поражение головки и тела (2) выявлено при внутрипротоковой папиллярной муцинозной и нейроэндокринной опухоли ПЖ. Признаки хронического панкреатита и постнекротических кист констатированы у 6 больных. Размеры опухолевых и кистозных образований ПЖ составили 1,2–8,5 см.

Лапароскопическая дистальная резекция ПЖ без спленэктомии выполнена у 14 пациентов. Селезеночные сосуды сохранены у 10 больных, частично

иссечены у 2 пацієнтів. У одного больного стенка псевдокисты ПЖ иссечена с ветвями селезеночных сосудов, выполнена резекция ишемизированной части селезенки. Операция дополнена спленэктомией у 4-х пациентов.

Лапароскопически ассистированная срединная резекция ПЖ произведена 5 больным. ПЖ пересекалась слева от опухоли ультразвуковым скальпелем, справа – Endo GIA. Пересечение тонкой кишки и межкишечное соустье производилось аппаратом Endo GIA. Из минилапаротомного доступа на петле тонкой кишки по Ру формировался панкреатоеюноанастомоз.

Лапароскопически ассистированная проксимальная резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнялась в изолированном варианте (3) или в сочетании со срединной резекцией (1). Ультразвуковым скальпелем над верхнебрыжеечной веной пересекалась ПЖ и производилась диссекция ткани головки железы. Формировали межкишечный анастомоз (Endo GIA). Из минилапаротомного доступа при изолированной операции сформирован панкреатоеюноанастомоз, а при сочетании со срединной резекцией – термино-терминальный и терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле кишки.

Лапароскопически ассистированная частичная резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом (операция Фрея) произведена 1 больному хроническим панкреатитом.

Лапароскопически ассистированная пилоросохраняющая ПДР произведена у 1 больной. Мобилизация панкреатодуоденального комплекса выполнена

лапароскопически. Реконструктивные анастомозы сформированы из минилапаротомного доступа.

Результаты. Средняя продолжительность операции и кровопотеря составила 250 мин и 450 мл, соответственно.

Гистологическая структура соответствовала хроническому калькулезному панкреатиту (2), постнекротической (4) и истинной (1) кисте, муцинозной (5) и серозной (5) цистаденоме, нейрофиброме (1), внутривисцеральной папиллярной муцинозной (1), солидной псевдопапиллярной (1), нейроэндокринной (3) опухоли, инсулиноме (1) и цистаденокарциноме (1).

После лапароскопической дистальной резекции оперирована повторно по поводу гемоперитонеума одна пациентка.

У 7 больных отмечен панкреатический свищ. Летальных исходов не было.

При обследовании больных в отдаленные сроки после операции рецидива заболевания и эндокринной недостаточности железы не выявлено. Нарушения углеводного обмена констатированы у 6 больных.

Заключение. Техника лапароскопической диссекции железы позволяет выполнить органосберегающую операцию: дистальную резекцию с сохранением селезенки и ее сосудов, удаление головки с сохранением двенадцатиперстной кишки, и отказаться от удаления дистальных отделов в пользу более экономной срединной резекции. Лапароскопическая резекция ПЖ может считаться обоснованной при условии проведения срочного гистологического исследования.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С КИСТОЗНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Козлов И.А., Кригер А.Г., Егоров В.И., Яшина Н.И., Казаков И.В., Пьянкин С.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Кистозно-фиброзное изменение стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК), так называемая «дуоденальная дистрофия», потенцируется воспалением участков ткани поджелудочной железы (ПЖ) в мышечном слое кишки. Подобные изменения в подавляющем большинстве случаев присущи хроническому панкреатиту, сочетаются с фиброзно-воспалительными изменениями головки ПЖ и приводят к стенозированию ДПК, развитию билиарной гипертензии и механической желтухи.

Цель исследования: оценить результаты органосберегающих вмешательств при дуоденальной дистрофии.

Материалы и методы. В 2004–2012 гг. в Институте оперированы 39 больных (мужчин – 95 %, средний возраст составил 48 лет) хроническим панкреатитом, осложненным дуоденальной дистрофией ДПК. Комплексное обследование до операции (УЗИ,

компьютерная и магнитно-резонансная томография, гастродуоденоскопия, эндо-УЗИ) позволило выявить в подавляющем большинстве случаев кистозно-фиброзные изменения стенки нисходящей части ДПК (37) со стенозом кишки (19) и дистального отдела общего желчного протока (19). Наличие дилатации протока ПЖ, кальцинатов, ретенционных кист или микроабсцессов ткани головки железы (32 больных) свидетельствовало о необходимости хирургической коррекции хронического панкреатита.

Операция ПДР выполнена 19 больным (с сохранением привратника – 13 – 68,4 %).

Различные органосберегающие операции произведены 20 больным. Объем вмешательства зависел от степени выраженности изменений ДПК и ПЖ.

При фиброзно-кистозных изменениях проксимального отдела ПЖ и кистозной дистрофии ДПК выполнена тотальная (8) или частичная (1)

резекция головки железы с циркулярной резекцией нисходящей (парапапиллярной) части ДПК. Непрерывность ДПК во всех случаях восстановлена после наложения дуоденодуоденоанастомоза «конец в конец». На выключенной по Ру петле тонкой кишки у 4 больных сформирован панкреато- и холедохоеюноанастомоз. У 4-х пациентов реконструктивный этап операции завершен панкреатогastro- и холедоходуоденоанастомозом.

При отсутствии выраженных изменений ПЖ у 2-х больных со стенозированием ДПК произведена дуоденопластика. Иссекалась полностью кистозноизмененная стенка нисходящей части ДПК с сохранением железы и прилегающего участка кишки с большим сосочком. У одного больного выполнена «мостовидная» дуоденопластика. У другого больного для предупреждения возможного развития папиллостеноза выполнена вирсунгопластика и сформирован супрапапиллярный холедоходуоденоанастомоз. Края образовавшегося дефекта кишки сложной конфигурации сближены и сшиты однорядным узловым швом, большой сосочек ДПК имплантирован по задне-медиальному контуру швов.

У 2-х больных выполнена обширная циркулярная резекция ДПК с сохранением головки ПЖ. При этом удален большой сосочек кишки. Произведено замещение ДПК тощекишечной вставкой (1) или наложение прямого соустья между концом проксимального отдела ДПК и перемещенной тощей кишки (1) с вшиванием в нее общего желчного и панкреатического протоков.

При отсутствии дуоденального стеноза частично иссечены кисты передне-медиальной стенки нисходящей части ДПК в сочетании с бернским способом субтотальной резекции головки ПЖ (2) или операцией Бегера (1), еще у 2-х больных сформирован цистопанкреатоеюноанастомоз.

Результаты. Гнойно-воспалительные осложнения после ПДР возникали чаще, чем после органосберегающих операций – у 6 и 3 больных, соответственно. Наиболее частым осложнением после ПДР была несостоятельность панкреато- и билиодигестивных анастомозов (4 пациента), проявившаяся образованием желчного и панкреатического свищей.

Заключение. Фиброзно-кистозные изменения стенки ДПК в подавляющем большинстве случаев сочетаются с проявлениями хронического панкреатита, что требует их одномоментной хирургической коррекции.

Предпочтение следует отдавать органосберегающим вмешательствам. Опыт резекций нисходящего отдела ДПК в сочетании с резекцией головки ПЖ свидетельствует о возможности восстановления физиологичного пассажа пищи при радикальном устранении фиброзно-кистозных изменений стенки ДПК и осложнений хронического панкреатита.

Показания к операции ПДР при хирургическом лечении дуоденальной дистрофии должны ограничиваться невозможностью исключения опухолевого процесса.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козлов И.А., Кригер А.Г., Тимина И.Е., Петухова М.В., Пашовкин И.Т.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: определение тактики хирургического лечения хронического панкреатита (ХП), осложненного внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ).

Материалы и методы. В 2000–20011 гг. в Институте хирургии оперирован 586 больных ХП, средний возраст $45,5 \pm 0,6$ лет. Основными показаниями к хирургическому лечению ХП являлись болевой синдром (88%), наличие постнекротических кист (69%), стеноз общего желчного протока (39%), стеноз двенадцатиперстной кишки (18%).

Проксимальные резекции с поперечным пересечением поджелудочной железы (ПЖ) выполнены у 116 (20%) больных (панкреатодуоденальная резекция – 61 (52,5%), операция Бегера – 46 (39,7%), тотальная резекция головки ПЖ с циркулярной резекцией нисходящей части двенадцатиперстной кишки – 9 (7,8%). Резекция головки без поперечного пересечения ПЖ произведена 136 (23%) больным (бернский способ субтотальной резекции головки

– 53, операция Фрея – 83). Операции внутреннего дренирования псевдокист и протоковой системы ПЖ выполнены 185 (32%) больным (продольный панкреатоеюноанастомоз – 86, цистопанкреатоеюноанастомоз – 97, цистогастроанастомоз – 2), а наружное дренирование кист – у 51 (9%) больного. Дистальная резекция выполнена у 42 (7%) больных, срединная резекция ПЖ – у 6 (1%) пациентов.

Предоперационное обследование больных включало УЗИ в В-режиме, дуплексное сканирование висцеральных сосудов брюшной полости, эндоскопическое исследование с проведением эндосонографии, спиральную и мультиспиральную компьютерную томографию с болюсным контрастированием, магнитно-резонансную томографию. На операции (до и после вмешательства на ПЖ) измерялось давление в притоках магистральных вен портальной системы (желудочно-сальниковых, правой желудочной и нижней брыжеечной венах). У 48 больных произведена интраоперационная

ультразвукова оцінка кровотока в верхній брыжеечній, воротній і селезеночній венах.

Проведен порівняльний аналіз об'єму інтраопераційної кровопотери і необхідної гемотрансфузії, тривалості операції і стаціонарного лікування, а також ступеня усунення ВПГ і характеру найближчих ускладнень після операції.

Результати. Признаки порушення портальної гемодинаміки були виявлені у 322 (55 %) хворих ХП.

У 286 (89 %) хворих ВПГ була обумовлена екстравазальною компресією вен воротної системи на підпеченочному сегменті, а у 35 (11 %) хворих – тромбозом магістральних вен портальної системи.

При цьому у 109 (34 %) хворих екстравазальна компресія магістральних вен портальної системи верифікована тільки по даним дуплексного сканування, і не супроводжувалася утворенням органних і внеорганних венозних коллатералей.

Розширені венозні коллатералі виявлені у 180 (56%), варикозно розширені підслизисті вени шлунка і стравоходу – у 64 (20%) хворих ХП з ВПГ.

В групі хворих з ознаками ВПГ об'єм інтраопераційної кровопотери і потреба в кровозамінителях виявилася достовірно вище, ніж в групі хворих без ВПГ, при виконанні операції Фрея, дистальної резекції ПЖ і операцій внутрішнього дренирування протокової системи ПЖ. Статистично достовірної зв'язи між наявністю ВПГ і тривалістю оперативних втручань не відзначено. Продовжителістю стаціонарного лікування після операцій залежала від наявності і виду післяопераційних ускладнень, але кореляції з наявністю ВПГ не виявлено. Портальна декомпресія по даним інтраопераційної манометрії і інтраопераційного дуплексного сканування достовірно частіше досягалася при виконанні резекційних втручань з поперечним перетинанням підшлункової залози (панкреатодуоденальна резекція, операція Беге-

ра, дистальна резекція). Після резекції головки ПЖ без поперечного перетинання ПЖ (операція Фрея, бернський спосіб субтотальної резекції ПЖ) і операцій внутрішнього дренирування протокової системи ПЖ портальне тиск знижалося тільки в разі відкриття і дренирування в панкреатоеюноанастомоз прилеглих до магістральних вен портального басейна великих постнекротических кіст. Частота ускладнень в ранньому післяопераційному періоді в групах залежала від наявності ВПГ достовірно не відрізнялася. Виключенням була частота внутрішніх кровотеч і кровотеч з зони панкреатоеюноанастомоза, яка складала в групі хворих з ВПГ – 8 % і 9 %, відповідно, а в групі хворих без ВПГ – 3 % і 1,5 %, відповідно.

В віддаленні терміни після операцій обстежено 115 хворих. Прогресування ВПГ виявлено у хворих, яким були виконані операції внутрішнього дренирування або операція Фрея. У хворих, яким була виконана резекція ПЖ з її поперечним перетинанням, відзначено повне регресування екстравазальної компресії магістральних вен портальної системи.

Висновок. При виборі тактики хірургічного лікування ХП, ускладненого ВПГ, перевагу слід надавати резекційним втручанням з поперечним перетинанням ПЖ. При цьому необхідно виділення магістральних вен портальної системи з оточуючого їх фіброзного «футляра». Результати хірургічного лікування ХП свідчать про найбільшу ефективність даних втручань, як в усуненні болювого синдрому, так і в корекції і профілактиці прогресування ВПГ. При наявності клінічно вираженого ВПГ операції внутрішнього дренирування протокової системи ПЖ не здатні в більшості випадків усунути її прогресування, що обумовлює ризик шлункових і шлункових кровотеч з варикозно розширених підслизистих вен шлунка і стравоходу.

НОВІ АСПЕКТИ КРІОХІРУРГІЧЕСЬКОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧЕСЬКОГО БОЛЮВОГО ПАНКРЕАТИТУ

Комкова Т.Б., Альперович Б.І., Мерзликін Н.В.

ГБОУ ВПО «Сибірський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я Росії, Томськ, Росія

В нинішній час існує велика кількість методик хірургічного лікування хронічного болювого панкреатиту. Більш глибоке вивчення етіопатогенезу цього захворювання вносить свої корективи в відомі і загальноприйняті алгоритми купування болювого синдрому. З урахуванням, як правило, тривалого перебігу хронічного ураження підшлункової залози, відносно молодого віку пацієнтів, значущої втрати

трудоспособності більшість панкреатологів вказують на необхідність розробки і застосування в клінічній практиці найбільш економічних методик хірургічного лікування хронічного болювого панкреатиту. Однак органозберігаючі операції на нервових елементах або протоках підшлункової залози не завжди дозволяють отримати позитивний результат в процесі купування болювого синдрому.

Достижения криохирургии и экспериментальные исследования позволили применить сверхнизкие температуры с целью купирования болевого синдрома при хроническом болевом панкреатите на фоне полного или частичного (после различного объема резекций по поводу кист) сохранения поджелудочной железы. При этом эндокринная функция органа не страдает, болевой синдром в результате холодовой денервации полностью купируется или интенсивность его существенно уменьшается. Послеоперационный период требует применения стандартной при этой патологии терапии. В то же время, значительно снижается риск развития в послеоперационном периоде послеоперационных осложнений в виде деструктивного панкреатита или панкреатических свищей. В совокупности перечисленные выше преимущества позволяют восстановить трудоспособность пациентов и сократить время стационарного лечения при обострениях заболевания.

Показаниями к применению криодеструкции поджелудочной железы является наличие выраженного болевого синдрома при хроническом панкреатите, псевдотуморозный панкреатит с

выраженным болевым синдромом. Противопоказано вмешательство при нарушении проходимости панкреатических протоков в результате наличия конкрементов или склерозирования при длительно протекающем хроническом воспалительном процессе. Криодеструкция осуществляется при температуре $-180 - -196^{\circ}\text{C}$ в «ключевой» точке с экспозицией 2–3 мин. Дополнительные точки подвергаются воздействию при наличии выраженных воспалительных изменений в паренхиме железы.

По предложенной методике было прооперировано 40 пациентов с хроническим болевым и псевдотуморозным панкреатитом с выраженным болевым синдромом. После проведенного хирургического вмешательства болевой синдром в послеоперационном периоде полностью или практически полностью купирован у всех пациентов. Анализ полученных результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде позволяют сделать вывод, что данный вид оперативного лечения хронического панкреатита достаточно прост и эффективен и может быть широко применим в клинической практике.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А., Юдин А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина

Острый панкреатит относится к наиболее сложным и тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Увеличение, как общего числа больных, так и тяжелых, и осложненных форм болезни, высокие показатели как общей, так и послеоперационной летальности свидетельствуют об актуальности проблемы хирургического лечения острого некротического панкреатита. Не менее важной является социальная значимость проблемы: примерно 70 % – это пациенты трудоспособного возраста, как правило, до 50 лет. В последнее время все чаще для лечения острого некротического панкреатита применяются различные миниинвазивные хирургические вмешательства.

Цель исследования: изучение эффективности применения миниинвазивных хирургических вмешательств при остром некротическом панкреатите.

Материалы и методы. С 2000 по 2011 гг. в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета оперировано 352 больных по поводу острого небилиарного некротического панкреатита. Возраст пациентов колебался от 21 до 82 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 79 %. Мужчин было 212 (60,2 %), женщин – 149 (39,8 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 152 (43,2 %) больных, от 25 до 72 ч – у 75 (21,3 %), более 72 ч – у 125 (35,5 %). Причинами острого некротического панкреатита явились: одно-

стороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 182 (51,6 %) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 170 (48,4 %). Менее 30 % некроза паренхимы поджелудочной железы (мелкоочаговый некротический панкреатит) выявлен у 46 (13,1 %) больных, от 30 до 50 % некроза паренхимы поджелудочной железы (крупноочаговый) – у 244 (69,3 %), более 50 % некроза паренхимы поджелудочной железы (субтотально-тотальный) – у 62 (17,6 %).

Результаты и обсуждение. По поводу острого асептического некротического панкреатита миниинвазивные хирургические вмешательства выполнены 165 пациентам. При ферментативном перитоните предпочтение отдаем лапароскопии/лапароцентезу и дренированию брюшной полости, при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке – пункционно-дренирующим операциям под контролем ультразвука, а при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестрах) – непосредственным хирургическим вмешательствам на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ). Это позволило избежать развития гнойного перитонита, у 95,2 % пациентов – абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и у 54,5 % – флегмоны забрюшинной клетчатки. Гнойные осложнения

развились у 8,2 % пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,6 %. По поводу инфицированного некротического панкреатита оперировано 246 пациентов. При разлитом гнойном перитоните операцией выбора является срединная лапаротомия, санация и адекватное дренирование брюшной полости, в т.ч. сальниковой сумки (при абсцессе сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатки (при флегмоне забрюшинной клетчатки). Операцию завершали наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости. При абсцессах поджелудочной железы

и/или сальниковой сумки, а также флегмоне забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления выполняли пункцию и дренированию гнойника под контролем ультразвука. При флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот» операций выбора считали вскрытие и дренирование флегмоны поясничным (внебрюшинным) доступом. Применение данной тактики (165 пациентов) позволило снизить послеоперационную летальность до 7,6 % по сравнению с 27,2 % у пациентов, у которых для лечения инфицированного некротического панкреатита применялась лапаротомия (81 пациент).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ ПСЕВДОКИСТЫ

Копчак В.М., Хомяк И.В., Дувалко А.В., Копчак К.В., Перерва Л.А.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Киев, Украина

Введение. По данным мировой литературы смертность от кровотечений в псевдокисту (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) нередко достигает 40–50 %. Вопрос о рациональной тактике лечения при кровотечении в ПК до настоящего времени остается спорным.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненных кровотечением в полость ПК.

Материалы и методы. На лечении в клинике с 2000 по 2011 гг. находился 241 больной с осложненными псевдокистами поджелудочной железы. Кровотечение в полость ПК возникло у 38 (15,7 %). Все пациенты с кровотечением в ПК были разделены на две группы. В основную группу вошли больные, находившиеся на лечении в клинике с 2006 по 2011 гг. (25 человек – 65,8 %), в контрольную группу – 13 (34,2 %) человек (с 2000 по 2005 гг.). Средний возраст составил 45 лет. В комплексном обследовании больных с подозрением на кровотечение в ПК обязательным считаем дооперационное выполнение ультразвукового исследования с доплерографией, компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, ангиографического исследования.

Результаты лечения. В основной группе мы отдавали предпочтение малоинвазивным методикам лечения. Ангиография была выполнена у 15 (60 %) больных, кровотечение в ПК диагностировано у 14 (56 %). Рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) кровоточащего сосуда выполнена у 12 (48 %) пациентов. У 2-х больных окклюзия была технически не возможной в связи с анатомическими особенностями. Источник кровотечения старались выявить до операции с использованием методов КТ с внутривенным контрастированием и ангиографии. Во время операции выполняли первым этапом

селективную перевязку кровоточащего сосуда, а затем, производили пункцию и ревизию полости ПК. Если источник кровотечения не установлен, то выполняли резекцию ПЖ вместе с ПК, не вскрывая последней.

Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнены у 12 (48 %) больных основной группы: РЭО – у 12, из них у двух больных первым этапом выполнена РЭО, а после стабилизации состояния больного были выполнены дренирующие операции. Открытые оперативные вмешательства выполнены у 13 (52 %) больных: ПДР – у 3-х, дистальная резекция – у 2-х, цистотомия, остановка кровотечения с наружным дренированием ПК – у 8.

Кровоточащее у больных после предварительной РЭО либо после интраоперационной селективной перевязки кровоточащего сосуда с последующим оперативным вмешательством была минимальной.

В контрольной группе ангиография выполнена у 5 (38,5 %) больных с последующей РЭО. Открытые оперативные вмешательства выполнены у 8 (61,5 %) пациентов: дистальная резекция ПЖ – у 2-х, вскрытие ПК с остановкой кровотечения и с наружным дренированием ПК – у 5 больных, остановка кровотечения с последующей цистопанкреатоеюностомией – у 1 больного.

Умерло 2 (6,2 %) больных основной группы и 2 (14 %) контрольной.

Выводы

1. В лечении псевдокист поджелудочной железы с кровотечением в полость преимущество следует отдавать малоинвазивным методикам лечения.

2. При невозможности остановить кровотечение малоинвазивно следует выполнять открытые оперативные вмешательства с предпочтительной селективной перевязкой кровоточащего сосуда, если это невозможно – резекции ПЖ с осложненной ПК.

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Коробка В.Л., Громько Р.Е., Глушкова О.И.

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: повышение эффективности резекционных вмешательств на ПЖ посредством разработки и использования способов профилактики гнойно-воспалительных осложнений брюшной полости.

Материалы и методы. В объеме прямых резекционных вмешательств на ПЖ оперировано 92 больных. У 63 (68,5 %) по данным комплексного обследования отмечены изменения в проксимальных отделах поджелудочной железы. Осложненное течение заболевания, характеризующееся значительным увеличением головки ПЖ, компрессией соседних органов и анатомических структур зарегистрировано у 58 (63 %) пациентов. Основные виды оперативных вмешательств: дуоденум-сохраняющая резекция головки ПЖ (операция Бегера) – 22 (23,9 %), секторальная резекция головки ПЖ с продольной панкреатикоэнтеростомией (операция Фрея) – 27 (29,3 %), различные варианты экономных дистальных резекций и медиальная резекция ПЖ – 27 (29,3 %). В 16 (17,4 %) случаях при подозрении на малигнизацию процесса в области головки ПЖ выполнили пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (ППДР). У 65 (70,7 %) больных мы применили разработанные оригинальные методики (патенты РФ № 2421158, № 2432130; решение о выдаче патента по заявке № 2011111237 от 1.02.2012 г.). Сущностью разработанных методик является изоляция зоны резекции головки ПЖ и зоны панкреатикоэнтероанастомоза от свободной брюшной полости дренируемыми наружу «сальниковыми сумками», сформированными из лоскутов большого сальника. У 7 (10,8 %) больных защиту анастомоза не производили из-за повреждения большого сальника при предыдущих операциях. Герметичность «сальниковых сумок»

оценивали путем сравнительного анализа содержания α -амилазы в экссудате из «сальниковых сумок» и дренажей брюшной полости по Вольгемуту.

Результаты. Послеоперационные осложнения в группе оперированных по разработанным методикам: кровотечение из культи головки в полость «сальниковой сумки» – 3 (3,3 %), внутрибрюшное аррозивное кровотечение из верхней брыжеечной артерии – 1 (1,1 %), несостоятельность швов ПЭА – 6 (6,5 %), внутрибрюшной инфильтрат – 2 (2,2 %). Послеоперационные осложнения в группе без использования разработанных методик: несостоятельность швов ПЭА – 5 (5,4 %) ($p > 0,01$), ферментативный перитонит – 3 (3,3 %), внутрибрюшной инфильтрат – 7 (7,6 %) ($p < 0,01$), внутрибрюшной абсцесс – 2 (2,2 %). Общие осложнения: желчный перитонит – 1 (1,1 %), формирование свищей – 2 (2,2 %). Летальные исходы отмечены в 3-х (3,3 %) случаях. Причины смерти: желчный перитонит – 1 больной (после ППДР), внутрибрюшное аррозивное кровотечение из верхней брыжеечной артерии – 1 больной (операция Бегера), кровотечение из культи головки в полость «сальниковой сумки» (операция Бегера) – 1 больной. Оперировано повторно – 2 (2,2 %).

Выводы. Изоляция сформированными «сальниковыми сумками» оставшихся тканей культи головки ПЖ, равно как и изоляция панкреатоэнтероанастомоза от брюшной полости, позволяет снизить вероятность распространения воспаления из зоны резекции головки и зоны анастомоза (в случае несостоятельности его швов) на соседние ткани и органы. Предложенные способы достоверно уменьшают число послеоперационных инфильтративных и гнойных осложнений брюшной полости и летальности от этих причин.

НОВЫЙ ВАРИАНТ «ОБРЫВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ» ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В., Джарар Р.М., Жарков М.Н., Хайдаров В.В., Кричмар А.М.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Самара, Россия

Введение. На современном этапе развития хирургической панкреатологии становится понятно, что одним только выбором оптимальной операции проблему лечения панкреонекроза не решить. Продолжаются поиски эффективной «обрывающей терапии».

Цель исследования: обосновать эффективность нового варианта «обрывающей терапии» панкреонекроза в виде плазмообмена.

Материалы и методы. В работу включены результаты обследования и лечения 183 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени. В работе использовали Международную Классификацию острого панкреатита (Атланта, 1992) и рекомендации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе по определению степени тяжести. В I группу включены 74 пациента, получавшие

базовий комплекс інтенсивного консервативного лікування. Во II групу вошли 109 пацієнтів, у яких застосовувалася нова лікувально-діагностическа тактика, направлена на виявлення і коррекцію порушень системи гемостазу. В I групі тяжкість стану пацієнтів за шкалою SAPS була $17 \pm 4,0$ баллів, во II групі $19,6 \pm 6,3$ баллів ($t = 0,34$; $p > 0,05$). Тяжкість поліорганної дисфункції за шкалою SOFA складалася: в I групі $5,0 \pm 1,3$ баллів, во II групі $5,4 \pm 2,5$ балла ($t = 0,14$; $p > 0,05$). По результатам комп'ютерної томографії у всіх був тотальний панкреонекроз і некроз забрюшинної клітчаткі з наступним розвитком забрюшинної флегмони. Розпізнавання ДВС-синдрому було ґрунтовано на трьохетапній системі діагностики В.Г. Лычева (1983). У пацієнтів II групи був застосовано плазмаобмін на сепараторах крові «Cobe Spectra», дозволяючий видаляти токсини, молекулярна маса яких досягає декількох мільйонів дальтон. Середній об'єм плазмоексфузії складав не менше 80 % від об'єму циркулюючої плазми. Проводили 1–3 сеанси плазмаферезу через 24–48 годин.

Результати. У хворих в фазі ферментної токсемії в крові було зменшено час згортання, знизено кількість тромбоцитів, збільшено протромбінний індекс і концентрація фібрिनогену, зкоротчено активізоване парціальне тромбінове час, знизено АТ-III і одночасно збільшено кількість розчинимих фібрин-моно-

мерних комплексів. В сукупності це свідчить про фазу гіперкоагуляції і, відповідно, про порушення мікроциркуляції, яке привело до прогресування панкреонекрозу. Проведений плазмаобмін сприяв більш вираженій нормалізації показників системи гемостазу, порівняно з I групою.

Внедрення плазмаобміну мало позитивний вплив на зміну оперативної активності у цих пацієнтів. Консервативне лікування було ефективним у 37 (50 %) пацієнтів I групи і у 67 (61,5 %) хворих II групи. Оперативне лікування потрібно було у 37 (50 %) осіб I групи і у 42 (38,5 %) пацієнтів II групи ($\chi^2 = 2,36$, $p > 0,1$). У оперітованих пацієнтів II групи еферентна терапія дозволила злегчати переносимість втручання і запобігти розвитку бактеріально-токсического шоку. В I групі після оперативного лікування померло 24 пацієнта (64,9 %), а во II групі загинув 20 осіб (47,6 %) ($\chi^2 = 3,12$, $p > 0,1$). Завдяки проведеному лікуванню, нам вдалося знизити загальну летальність при гострому панкреатиті важкої ступені до 32,4 % в I групі (померло 24 з 74 пацієнтів) до 18,3 % во II групі (померло 20 з 109 пацієнтів) ($\chi^2 = 5,59$, $p \leq 0,05$).

Висновки. Правомочність нового варіанта «обриваючої терапії» зв'язана з розвитком ДВС-синдрому. Плазмаобмін є патогенетически обґрунтованим методом гемокорекції в фазу ферментної токсемії.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ПЕЧІНИ ПРІ ПОДГОТОВКІ ДО ОБШИРНИХ РЕЗЕКЦІЙ

Котів Б.Н., Дзидзава І.І., Слободяник А.В.

Кафедра госпітальної хірургії ФБГОУ ВПО МО РФ Воєнно-медическої академії ім. С.М. Кірова, Санкт-Петербург, Росія

Широке внедрення сучасної апаратури для розділення паренхіми печіни і забезпечення інтраопераційного гемостазу дозволяють здійснювати оперативні втручання будь-якого об'єму, що обумовлює збільшення удільного ваги обширних резекцій. Однак видалення трьох і більш сегментів супроводжується розвитком післяопераційної гепатоцеллярної дисфункції різної ступені тяжкості. Частота пострезекційної печеночної недостаточності за даними різних авторів досягає 30–48 %. В наші часи прогнозування післяопераційної гепатодепресії залишається дискусійним питанням хірургії.

В клініці госпітальної хірургії Воєнно-медическої академії в період з 2006 по 2012 гг. виконано 78 резекцій печіни. Середній вік хворих склав $54,2 \pm 13,7$ років. Мужчин було 32 (41 %), жінок – 46 (59 %). Показаннями до оперативного лікування були: гепатоцеллярний рак – 15 (19,2 %), холангіоцеллярний рак – 6

(7,7 %), опухоль проксимальних жєлчных протоків – 3 (3,8 %), рак жєлчного пєзир'я – 3 (3,8 %), метастатический рак печіни – 17 (21,8 %), доброячесвенные новообразования печіни – 34 (43,7 %). В 17,9 % ($n = 14$) випадків опухольове ураження розвивалося на фоні хроничесеского гепатиту або циррозу печіни.

Обширні резекції печіни виконані в 55,1 % ($n = 43$): правостороння гемігепатєктомія – 19 (24,4 %), розширена правостороння гемігепатєктомія – 11 (14,1 %), лєвостороння гемігепатєктомія – 7 (8,9 %), розширена лєвостороння гемігепатєктомія – 4 (5,1 %), полісегментарна атипична резекція – 2 (2,6 %). У всіх пацієнтів на етапі предопераційної підготовки проводили комплексну оцінку функціонального стану печіни, яка включала традиційні лабораторно-інструментальні дослідження, визначення баллів за критеріями Child-Pugh, шкалами MELD і POSSUM, кліренс-тест з індоціаніном жєлтым і комп'ютерно-томографическує волюметрію печіни.

Для компенсаторної гіпертрофії непораженої частини печини і зменшення об'єму опухолового ураження в ряду спостережень за 1,5–3 місяця до операції виконували хіміоемболізацію гілок воротної вени і/або артеріальну хіміоемболізацію пухли. Інтраопераційна кровопотеря в середньому становила 780 ± 126 мл. Осложнений післяопераційний період мав місце у 27 (34,7 %) пацієнтів (реактивні плеврити і пневмонія – 6,4 %, нагноєння післяопераційної рани – 2,6 %, жовчистечення з резекційної поверхнини печини з формуванням жовчних свищів – 1,3 %, тромбоемболія легочної артерії – 2,6 % і др.). В ряду спостережень у одного пацієнта були два і більше ускладнень. Післяопераційна летальність становила 16,2 %. У 17 (39,5 %) хворих в післяопераційному періоді спостерігалося розвиток гепатоцелюлярної дисфункції. На основі аналізу комплексу показників розроблено алгоритм передопераційної оцінки функціональних резервів печини для визначення можливості виконання обширної резекції. Най-

більш прогностично значимими факторами ризику розвитку післяопераційної гепатоцелюлярної дисфункції були об'єм залишкової після резекції паренхіми печини менше $550 \text{ см}^3/\text{м}^2$ і наявність супутнього хронічного диффузного ураження печини. Клас С за критеріями Child-Pugh вважається абсолютним протипоказанням до виконання обширної резекції. В випадках класу А і В необхідно більш детальна оцінка функції печини. Виконання обширної резекції можливо при швидкості плазмової елімінації індоціанового зеленого (СПЕЦЗ) більше 15 %/хв. В випадках, коли СПЕЦЗ знаходиться в межах від 11 до 14 %/хв можливо виконання економних резекцій. При поглиненні діагностичного фармачепаціта з швидкістю менше 10%/хв виконання резекційних методик не рекомендується.

Застосування даного клініко-діагностичного алгоритму сприяло зменшенню частоти післяопераційної печеночної недостаточності до 15,4% випадків.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В., Хлебов В.В.

Кафедра госпитальной хирургии ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В последние годы прогресс ультразвуковых, рентгеноваскулярных и томографических технологий привел к значительному росту прижизненной диагностики тромбоза воротной вены. Показатели летальности, достигающие 20 % в специализированных стационарах и 100% при естественном течении острого портального тромбоза, определяют актуальность совершенствования диагностических и лечебных подходов. Вопросы скрининговой и доклинической диагностики, классификации и стадирования, индивидуального выбора оптимальной лечебной тактики и реабилитации пациентов с тромбозом воротной вены остаются дискуссионными.

В клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2007 по 2011 гг. находилось на обследовании и лечении 16 пациентов с острым и подострым портальным тромбозом. Основными пусковыми механизмами тромбоза ствола и притоков воротной вены явились: интраабдоминальная инфекция (панкреатит, пилефлебит на фоне дивертикулита, мезаденита, перитонита) – 5 (31,2 %), миелолифферативные заболевания и тромбофилии (истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, сублейкемический миелоз, хронический миелолейкоз) – 4 (25 %), злокачественные новообразования живота и малого таза – 2 (12,5 %), травматические и ятрогенные повреждения – 3 (18,8 %). У 2-х (12,5 %) пациентов этиология осталась неизвестной.

Диагностика базировалась на целенаправленной ультрасонографии с доплерографией магистральной системы воротной вены у пациентов с прогрессирующим болевым абдоминальным синдромом, асцитическим синдромом, спленомегалией и лихорадкой неясного генеза. При углубленном лабораторном и иммуногенетическом исследовании выявлены ряд наследственных факторов предрасполагающих к развитию портального тромбоза: мутация гена фактора V, мутация 20210A гена протромбина, дефицит протеина C, дефицит протеина S, дефицит антипротромбина, мутация C677T метилентетрагидрофолатредуктазы, мутации в гене киназы 2 Janus V617F и уровень гомоцистеина более 22 ммоль/л.

На современном этапе наиболее распространенным и доказано эффективным методом лечения острого портального тромбоза считается проведение ранней системной продолжительной терапии антикоагулянтами, которая позволяет снизить частоту летальных исходов с 22 % до 6,3 %. В наших наблюдениях полной реканализации удалось достичь в 37,5 % наблюдений. Из них воротной вены – 50 %, селезеночной – 83 %, верхней брыжеечной – 66,7 %. Частичная реканализация вен портальной системы наступила в 25 % случаев. В трех наблюдениях в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии и нарастанием явлений портальной гипертензии выполнена тромбэктомия из просвета

воротной вены с наложением дистального спленоренального (1) и мезентериокавального (2) шунтов. Возможность выполнения и эффективность регионарного тромболитика путем чрезкожной катете-

ризации ветвей воротной вены, трансюгулярным внутрипеченочным доступом или катетеризацией верхней брыжечной артерии остаются дискуссионными и требуют дальнейшего изучения.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Миннуллин М.М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Казань, Россия
ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань, Россия

Цель исследования: разработка новых методов оперативных пособий у больных хроническим панкреатитом при кистозных поражениях головки поджелудочной железы, осложненных дуоденальной непроходимостью.

Материалы и методы. В клинике хирургии №1 КГМУ за период с 2002 – 2011 гг. оперировано 614 больных первичным хроническим панкреатитом и его осложнениями. При определении показаний и выборе метода хирургического пособия проводили комплексное обследование больных: изучали данные клинических, лабораторных, ультразвукового (УЗ), эндоскопического исследований желудочно-кишечного тракта, компьютерной, магниторезонансной томографии, чрезкожной чрезпеченочной холангиографии, релаксационной дуоденографии.

У 53 (8,6 %) больных имелись признаки нарушений дуоденальной проходимости, вызванной в 32 (5,2 %) случаях сдавлением двенадцатиперстной кишки (ДПК) кистозными образованиями головки поджелудочной железы. У 11 (1,8 %) пациентов причиной задержки эвакуации был стеноз пилорантрального отдела желудка, как следствие чрезкожных вмешательств, когда дренаж в просвет кисты головки поджелудочной железы проходил на протяжении в стенке желудка. В 5 (0,8 %) наблюдениях стеноз был обусловлен наличием каллезной язвы ДПК, в 3-х (0,5 %) кольцевидной поджелудочной железой, в 2-х (0,3 %) дивертикулов ДПК.

Результаты. У 29 (4,3 %) больных при кистозных поражениях головки поджелудочной железы производили операции Фрея (9), Пьюстоу (17), в качестве дренирующей желудок операции формировали гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру-Брауну. У 5 (1 %) пациентов, при расположении двенадцатиперстной кишки в просвете кисты, выполнили дистальную

экономную резекцию желудка по Бильрот-II, с дополнительным формированием цистопанкреатоеноанастомоза. У всех больных (1,8 %), когда травмировалась стенка желудка при дренировании под УЗ-наведением, вследствие воспалительных изменений и рубцовой деформации пилорантрального отдела желудка, удаляли кисту, выполняли дистальную экономную резекцию желудка, по разработанной нами методике, заключающейся в наложении дуоденоеноанастомоза, после резекции желудка с гастроэнтероанастомозом на длинной по Ру петле (патент № 2325853, 2006). У пациентов язвенной болезнью, дивертикулами двенадцатиперстной кишки, операция на поджелудочной железе сочеталась с дистальной резекцией 2/3 желудка по Бильрот-II. У больных с кольцевидной поджелудочной железой произведена панкреатодуоденальная резекция по нашей методике (патент № 2166289, 1999).

Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (15,1 %) больных, которым проводилось комплексное лечение. Летальных исходов не было.

Выводы. У больных хроническим панкреатитом, осложненным дуоденальной непроходимостью, выполняется симультанная операция, заключающаяся в устранении гипертензии в главном панкреатическом протоке и нормализации пассажа пищевых масс. Вмешательства на поджелудочной железе с дистальной резекцией желудка показаны при воспалительных поражениях пилорантрального отдела желудка, язвенной болезни, дивертикулов двенадцатиперстной кишки. В случаях опасности развития несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза, или культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по Бильрот-II, рекомендуется выполнение хирургического пособия по предложенной нами методике.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Краснов К.А., Старцев А.Б., Краснов А.О.

МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Цель исследования: оценить результаты пятилетнего опыта хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В Кузбасском областном гепатологическом центре с 2007 по 2011 гг. проведено лечение 62 больных с эхинококкозом печени.

Мужчин было 21 (33,8 %), женщин – 41 (66,2 %). Возраст больных варьировал в пределах от 15 до 74 лет. Основную группу составили лица в возрасте 30–60 лет (85,2 %). Больных с гидатидозной формой эхинококкоза было 34 (54,8 %), с альвеолярной – 28 (45,2 %). Правая доля печени была поражена у 28 (45,2 %) больных, левая – у 16 (25,8 %), билобарное поражение имело у 18 (29 %). Сочетанный эхинококкоз печени и других органов был у 7 (11,5 %) пациентов. Наряду с поражением печени выявлено поражение селезенки – у 1, забрюшинной клетчатки – у 1, диафрагмы – у 3-х, легких и перикарда – по 1 случаю. Размеры паразитарного процесса варьировали в пределах от 5 до 30 см (в среднем до 15 см). Все больные после комплексного обследования были оперированы. В 1 случае у больного 74 лет с выраженной сердечной недостаточностью и высоким риском полостного вмешательства выполнено дренирование полости распада альвеококка правой доли печени под контролем УЗИ. В остальных случаях выбран радикальный метод хирургического вмешательства. Таким требованиям отвечает перистэктомия, резекция печени. При расположении паразита вблизи крупных кровеносных сосудов и желчных протоков часть фиброзной капсулы оставляли на поверхности и производили её дополнительную обработку аргонусиленной коагуляцией. Резекции печени в объеме гемигепатэктомии выполняли больным с кистами больших размеров, множественными паразитарными кистами или узлами, занимающими анатомическую долю печени: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 6 (9,7 %) больным, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 1 (1,6 %), правосторонняя гемигепатэктомия – 11 (17,7 %), левосторонняя гемигепатэктомия – 9 (14,5 %), субсегментэктомия – 5 (8,2 %), перистэктомия – 18 (29 %), закрытая

эхинококкэктомия забрюшинного пространства – 1 (1,6 %), транспеченочное дренирование – 2 (3,2 %). Открытая эхинококкэктомия выполнена у 8 (12,9 %) больных, из них видеолaparоскопическая эхинококкэктомия – 6 (9,7 %).

Результаты. Течение послеоперационного периода было гладким у 47 (75,1 %) больных. В раннем послеоперационном периоде у 3-х (4,8 %) больных выявлено подтекание желчи, которое санировано пункциями под контролем УЗИ, у 2-х (3,2 %) диагностирован желчный перитонит, потребовавший релапаротомии. В этой группе у 3-х (4,8 %) пациентов сформировался желчный свищ, он закрылся самостоятельно в ближайшие 1–2 месяца после операции. У 2-х (3,2 %) больных выявлено внутрибрюшное кровотечение, им выполнена релапаротомия. У 8 (12,9 %) больных в послеоперационном периоде выявлены скопления жидкости в области резекции или остаточной полости, ликвидированные пункциями под контролем УЗИ. Летальных исходов было 3 (4,8 %), причиной в одном случае стал острый инфаркт миокарда, у одной больной – печеночная недостаточность и у одного больного сепсис и прогрессирующая полиорганная недостаточность вследствие желчного перитонита. Рецидив эхинококкоза выявлен у 3-х больных. Основная причина развития рецидива заключается в оставлении части фиброзной капсулы при расположении паразита вблизи крупных кровеносных сосудов и желчных протоков.

Заключение. Хирургическое лечение эхинококкоза печени остается очень сложной проблемой, обусловленной неуклонным ростом заболевания, большой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов. Все это указывает на необходимость дальнейшего поиска путей улучшения исходов лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Криворучко И.А., Повеличенко М.С., Балака С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных панкреонекрозом.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 445 больных панкреонекрозом (65 – мужчины), находившихся на лечении в 2000–2012 гг. (средний возраст – 45,2 ± 11,8 лет). Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видеолaparоскопии, ЭРХПГ; вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) – на основании сопоставления клинико-лабораторных данных, прокальцитонинового теста («BRAHMS PCT-Q»), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2007 г. У ряда

больных оценивались критерии Ranson's, Imrie's, шкала APACHE II; шкала MODS Marshall's.

Выделены 3 группы больных: первая – 105 (22,5 %) больных, которых оперовали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 232 (49,7 %) больных, которых оперовали с 15 до 29 дня, третья – 130 (27,8 %) больных, которых оперовали на 30 день или позднее.

Результаты и их обсуждение. Средняя степень тяжести состояния была у 63 (13,5 %) больных, тяжелая – у 389 (83,3 %) и критическая – у 15 (3,2 %). Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем 12,3 ± 1,3 дней (диапазон 6–14); во второй – 22,3 ± 1,8 (диапазон 14–29); в третьей – 32,9 ± 2,8 (диапазон 30–46). Наибольшее число

больных (82,2 %) были оперированы в сроки от 15 дней и более от момента заболевания.

«Закрытый» метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 167 (35,8 %) больных: летальность составила 37,1 %, повторные вмешательства были выполнены у 47,3 % больных. У 171 (36,5 %) больного использовался «открытый» метод с формированием оментобурсостомы в сочетании с люмботомией (одно- или двусторонней): летальность составила 20,5 %, повторные вмешательства выполнены у 8,2 % больных по поводу аррозивных кровотечений и кишечных свищей. Лечение острого панкреатита (ОП) «по программе» с использованием лапаростомии при развитии АСХ применено у 24 (5,1 %) больных: летальность – 25 %; осложнения – 75 %. Видеоасситированная некрэктомиа выполнена у 17 (3,6 %) больных: летальность – 11,8 %, осложнения – 23,5 %. Дренажирование жидкостных

образований: под контролем УЗИ – у 48 (10,3 %) больных: летальность – 0 %, осложнения – 7,5 %; под контролем видеолапароскопии – у 22 (4,7 %) больных: летальность – 13,6 %, осложнения – 22,7 %; наружное дренирование нагноившейся псевдокисты открытым способом произведено у 18 (3,9 %) больных: летальность составила 16,7 %, осложнения возникли у 44,4 %.

Выводы. Пересмотр классификации ОП (2007), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у больных ОП. Использование минимально инвазивных вмешательств лечения жидкостных панкреатических/перипанкреатических жидкостных скоплений сопровождается меньшей летальностью, особенно при развитии ВПИ. Отсрочка выполнения операций при панкреонекрозе в сроки 15–30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ($r = -0,91$, $t = -17,7$; $p < 0,001$).

ЭКСТИРПАЦИЯ КУЛЬТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АРРОЗИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кригер А.Г., Вишневский В.А., Загагов С.О.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

При операциях на поджелудочной железе, сопровождающихся резекцией органа, послеоперационный панкреатит возникает у 58,9 % больных, в 24,2 % он носит характер панкреонекроза (Кубышкин В.А. с соавт., 2012). Возникновение панкреонекроза закономерно приводит к каскаду осложнений – гастростазу и паралитической кишечной непроходимости, несостоятельности швов анастомозов, внутрибрюшному аррозионному кровотечению.

Цель исследования: оценить целесообразность экстирпации культы поджелудочной железы при послеоперационном панкреонекрозе, возникшем после операций на этом органе

Материалы и методы. У 9 больных источником кровотечения явились крупные сосуды (воротная, селезеночная, верхняя брыжеечная вены, печеночная, верхняя брыжеечная артерии). Кровотечение возникало на 8–15 сутки после операций на фоне несостоятельности швов панкреатико- и/или билиодигестивных анастомозов, местного перитонита и тяжелой эндогенной интоксикации, обусловленной панкреонекрозом. Больные были экстренно оперированы: I группе больных (5) выполнили ушивание дефекта сосуда и дренирование области несостоятельного анастомоза и клетчаточных пространств в области культы поджелудочной железы; II группе больных (4) – экстирпацию культы поджелудочной железы.

Результаты и их обсуждение. Ушивание дефекта сосуда и дренирование области несостоятельного анастомоза и клетчаточных пространств в области культы поджелудочной железы произведены 5 больным: больные умерли в результате рецидива аррозионного кровотечения. Экстирпация культы поджелудочной железы выполнена 4 больным: выживало – 3, умер – 1.

Аррозионные кровотечения из магистральных сосудов после операций на поджелудочной железе, возникающие как следствие панкреонекроза и несостоятельности швов анастомозов являются наиболее тяжелым осложнением ближайшего послеоперационного периода. Паллиативный характер хирургических действий при релапаторомии (ушивание дефекта стенки сосуда и дренирование) по поводу аррозионного кровотечения из магистрального сосуда неизбежно приводит к смерти больных. Экстирпация культы поджелудочной железы позволяет устранить поступление панкреатического сока к поврежденному сосуду, уменьшить вероятность рецидива кровотечения.

Заключение. Удаление культы поджелудочной железы при панкреонекрозе, возникшем после резекционных вмешательств, являясь «операцией отчаянья», является единственным хирургическим вмешательством, позволяющим спасти жизнь больному.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Ярош А.Л.

ФГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

В работе представлена сравнительная оценка качества жизни больных хроническим панкреатитом в зависимости от использования различных методов хирургического лечения. В исследование включен 81 пациент, находившийся на лечении в Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа. Больным было выполнено 192 операции, по характеру распределенных на 6 групп: эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) ($n = 49, 25,5 \%$), эндоскопические транспапиллярные вмешательства ($n = 44, 22,9 \%$), перкутанные наружновнутричные дренирования через стенку желудка и ДПК ($n = 8, 4,2 \%$), чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование кистозной полости ($n = 50, 26,0 \%$), операции лапаротомного внутричного дренирования ($n = 21, 10,9 \%$), резекционные вмешательства ($n = 20, 10,4 \%$).

Исследование качества жизни проводилось с помощью международного опросника общего здоровья Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). Полученные данные показали, что показатели физического здоровья превышают норму для группы пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, высокие значения показателя наблюдаются для групп лапаротомного внутричного дренирования и резекционных вмешательств. В целом для всех групп пациентов разница между фактическим и нормальным показателем физического здоровья не превышает стандартного отклонения (10 баллов). Показатели

психологического здоровья превышают норму для групп пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, лапаротомного внутричного дренирования и резекционных вмешательств. Как и для показателей физического здоровья, наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. Статистически значимые различия в уровнях физического и психологического здоровья ($p < 0,05$) зафиксированы при сравнении пациентов с проведенными эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами с пациентами с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, только физического здоровья – с группой резекционных вмешательств.

Заключение

1. Наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе больных с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами, поскольку они в большинстве своем являются этапными.
2. Характерное устойчивое снижение показателей жизни (для шкал PF, RP, BP, VT, MH) связано увеличением возраста пациента.
3. Показатели физического и психологического здоровья превышают норму для групп пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, лапаротомного внутричного дренирования и резекционных вмешательств.
4. В целом, показатели качества жизни мужчин превышают аналогичные показатели для женщин.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ

Лебедева А.Н., Демидова В.С., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кригер А.Г., Казённов В.В., Загагов С.О.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить особенности углеводного обмена после тотальной дуоденопанкреатэктомии в раннем и отдалённом послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2009 по 2012 гг. проведено 25 тотальных дуоденальных панкреатэктомий (ТДПЭ). Возраст пациентов варьировал в пределах от 25 до 74 лет. Мужчин было 12 (48 %), женщин – 13 (52 %). Заболевания, по поводу которых были проведены операции: панкреатическая аденокарцинома – 20 человек, синдром МЭН-1, множественные эндокринные карциномы головки, тела, хвоста ПЖ – 4 пациента, серозная цистаденома поджелудочной железы с тотальным поражением паренхимы – 1 больная.

Выполнены 22 плановые ТДПЭ. У 3-х пациентов выполнена экстренная ТДПЭ в связи с кровотечением, панкреонекрозом. Оценка углеводного обмена проводилась по критериям ВОЗ (1999–2011 гг.) до операции, в раннем послеоперационном периоде и в отдалённом послеоперационном периоде. Для улучшения коррекции углеводного обмена и для обеспечения безопасности пациента в раннем послеоперационном периоде применялось в течение 6–18 суток после операции устройство постоянного суточного мониторинга Guardian Real Time.

Результаты. После ТДПЭ развивается в 100 % случаев сахарный диабет тяжёлой формы вне зависимости от состояния углеводного обмена до операции. Клиническое течение СД после ТДПЭ определяется

апанкреатическим состоянием – отсутствием инсулина и панкреатического глюкагона. Тяжесть состояния определяется лабильным течением СД – колебаниями глюкозы крови в пределах от 1,8 до 28 ммоль/л. Максимальная подача инсулина после ТДПЭ отмечена в течение первых трёх суток после операции. Для поддержания гликемии в раннем послеоперационном периоде в диапазоне 5,5–8,0 ммоль/л потребление инсулина составило 60–200 ед. в сутки. Лабильность течения диктует необходимость ежечасного контроля гликемии в раннем и отдалённом послеоперационном периоде. В раннем послеоперационном периоде требуется внутривенное введение инсулина короткого действия из расчёта: на 10–12 г углеводов 0,5–1,0 ед. инсулина. В отдалённом послеоперационном периоде потребность в инсулине составляет 16–28 ед. инсулина в сутки. После ТДПЭ отмечено снижение суточной дозы инсулина на 50 % в том случае,

если пациент страдал СД до операции и нуждался в инсулинотерапии. Отмечено влияние на углеводный обмен экзокринной недостаточности. Рекомендовано частое дробное питание (6–7 раз в сутки) с целью профилактики гипогликемических состояний. Пациенты нуждаются в ежедневном контроле гликемии 3–7 раз в сутки и пожизненном наблюдении хирурга и эндокринолога. Послеоперационная летальность в стационаре составила 9 % после плановых операций, после экстренных – 33 %.

Выводы. После проведения ТДПЭ в 100 % случаев развивается сахарный диабет тяжёлой формы, лабильного течения. Сахарный диабет после ТДПЭ имеет свои особенности в связи с апанкреатическим состоянием – абсолютным отсутствием инсулина и панкреатического глюкагона, что определяет коррекцию углеводного обмена в раннем и отдалённом послеоперационном периоде.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В КРОВИ И ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ЭКССУДАТЕ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н., Троицкая Н.И., Лобанов С.Л., Ханина Ю.С.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия

Изучение биологических свойств перитонеальной жидкости при остром панкреатите имеет важное диагностическое и прогностическое значение (Лобанов С.Л. с соавт., 2009). Как известно, важная роль в процессе инициации воспаления отводится продуктам обмена метионина – цистеину и гомоцистеину, роль которых в патогенезе острого панкреатита неясна (Цыбиков Н.Н. с соавт., 2010). В связи с этим нами предпринято данное исследование.

Изучали содержание цистеина и гомоцистеина в периферической крови, а также в перитонеальной жидкости взятой при лапароскопии у больных с острым панкреатитом. Содержание цистеина у больных с острым отечным и деструктивным панкреатитом в первые сутки достоверно не отличается ($67,5 \pm 4,4$ и $61,4 \pm 5,1$ ммоль/л соответственно) вместе с тем на 5 сутки при отечной форме происходит снижение его уровня более чем в 1,5 раза, различие статистически значимо ($p < 0,01$), вместе с тем при деструктивном панкреатите отмечается увеличение

данного показателя на 5 сутки ($86,8 \pm 3,6$ ммоль/л). В перитонеальной жидкости уровень цистеина несколько ниже, чем в крови и имеется тенденция к его снижению на 5 сутки.

При анализе результатов изучения содержания гомоцистеина у больных острым панкреатитом следует, что в первые сутки уровень гомоцистеина заметно выше при деструктивном панкреатите, по сравнению с отечной формой ($20,3 \pm 1,7$ и $11,3 \pm 2,1$) (различие статистически значимо, $p < 0,05$). На 5 сутки значимых колебаний его не происходит. Уровень гомоцистеина при отечной форме находится в пределах нормы, на 5 сутки его содержание не изменяется. В перитонеальной жидкости данный показатель также не отличается от нормальных цифр и на 5 сутки достоверных колебаний его не происходит.

Заключение. Данные показатели отражают степень изменений в ткани поджелудочной железы, и могут быть использованы для оценки тяжести патологического процесса.

СБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Лотов А.Н.¹, Заводнов В.Я.², Луцык К.Н.¹, Бугаев С.А.¹, Караханова Г.В.¹, Чжао А.В.³

¹ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

³ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Наиболее частым исходом тяжелого острого панкреатита (ТОП) или его рецидивов, являются кисты и стриктуры панкреатического протока.

Цель исследования: определить стратегию сохраняющей хирургии при кистах ПЖ и стриктурах панкреатического протока.

Матеріали і методи. Мінімально інвазивні методи під ультразвуковим (УЗІ), ендоскопічним (РПХГ) і рентгенотелевізійним (РТВ) контролем в ліченні исхода панкреатического некроза применены нами у 196 больних с кистами ПЖ і у 5 пацієнтів со стриктурами панкреатического протока в період с 1985 по 2012 г. Методика одномоментного наложения чрескожной, чрезгастральной цистогастротомы применена в 129 наблюдениях, а цистодуоденостомы у 4-х пацієнтів.

Результаты. Осложнения в виде нагноения кисты отмечено в 5 наблюдениях, кровоизлияние в полость кисты – в 1 (удалось справиться с помощью установки дополнительного дренажа). В начале освоения методики второе фиксирующее кольцо сформировалось перед передней стенкой желудка, что потребовало выполнения лапаротомии. Сегодняшний опыт и высокие технологии, скорее всего, исключили бы лапаротомию.

Следует подчеркнуть, что при ретроспективном анализе все осложнения пришлось на кисты со сроком «формирования» до 3–4 месяцев, а при УЗІ определяли в просвете неоднородные массы. Подобные, «несформированные» кисты служат показанием к двухэтапному лечению.

Развитие современной медицинской техники и появление ультразвуковых эндоскопов с операционным каналом, позволяет выполнять цистогастро- и цистодуоденостомию внутрисветным доступом. Это снижает риск осложнений чрескожного доступа.

МРТ с магниторезонансной панкреатикохолангиографией с высокой вероятностью определяет наличие постнекротических стриктур панкреатического протока, и/или большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Стратегическим направлением в данной ситуации является устранение панкреатической гипертензии.

За последние 2 года, стойкой ликвидации панкреатической гипертензии и болевого синдрома добились у 5 больних с ХП. В одном наблюдении произошла миграция стента, но проблема успешно была решена редренированием, а в одном наблюдении потребовалось проведение «рандеву».

Заключение. Правомочно говорить об эффективности сберегающих технологий в лечении больних с осложнениями ХП, когда многопрофильное, специализированное лечебное учреждение имеет в арсенале все типы минимально инвазивных технологий и в полном объеме ими владеет.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Лубянский В.Г., Аргучинский И.В., Андреев П.В.

*Клиника госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия
Хирургическое отделение кГБУЗ Краевой клинической больницы, Алтайский край, Россия*

Цель исследования: улучшение результатов лечения больних с хроническим панкреатитом и доброкачественными опухолями поджелудочной железы с использованием каркасного дренирования и герметизации панкреатокишечного анастомоза сульфокрилатным клеем в процессе операции.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 75 больних с хроническими панкреатитами и доброкачественными опухолями поджелудочной железы за период с января 2009 по апрель 2012 года, которым выполнены резецирующие операции на поджелудочной железе. Все больные разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 57 больних (76 %), которым выполнялись: дуоденумсохраняющих резекций поджелудочной железы (20 больних, 26,7%): бернский вариант операции Бегера (10 больних; 13,3 %), операция Бегера (3 больних; 4 %), операция Фрея (7 больних; 9,3 %), панкреатоцистоэнтероанастомоз (20 больних; 26,7 %), дистальная резекция поджелудочной железы (8 больних; 10,7 %), продольная панкреатоэнтеростомия (4 больних; 5,3 %), гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) (4 больних; 5,3 %), цистогастроанастомоз (1 больной; 1,33 %).

Во вторую группу вошли 18 больних. Им выполнялись: панкреатоцистоэнтероанастомоз (3 больних; 4 %), дуоденумсохраняющие резекции поджелудочной железы (14 больних; 18,7 %), ГПДР (1 больной; 1,33 %). Восемь больным 2 группы (10,7 %) в процессе операции выполнялось каркасное дренирование стентами из никелида титана. Десяти больным (13,3 %) – герметизация зоны швов анастомоза сульфокрилатным клеем.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 3-х больних первой группы (4 %) возникли осложнения: в 2-х случаях возникла несостоятельность панкреатокишечного анастомоза, в 1 случае – развитие подпеченочного абсцесса. Один больной умер (1,3 %).

Во 2 группе в ближайшем послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не было. При использовании сульфокрилатного клея для герметизации зоны швов панкреатоэнтероанастомоза отмечена ранняя нормализация температуры тела после операции (на 2–4 сутки), отсутствие жидкостных скоплений и абсцессов.

Выводы. Применение каркасного дренирования стентами из никелида титана и укрепление зоны шва панкреатокишечного анастомоза сульфокрилат-

ным клеем позволило в 18 наблюдениях избежать осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и летальных исходов. Применение сульфо-

крилатного клея позволяет добиться ранней герметизации панкреатокишечного анастомоза и швов на паренхиматозной ткани поджелудочной железы.

РОЛЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Лу́кьянчиков В.Н., Лу́кьянчиков А.Н., Каторкин С.Е.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ММУ МСЧ № 7, Самара, Россия

Одним из ведущих осложнений при панкреонекрозе является развитие парапанкреатита. При этом частота гнойно-некротического парапанкреатита достигает 25–75 %, а летальность – более 60 %.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с панкреанекрозом за счет определения значения поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении и прогнозе заболевания.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2011 гг. с диагнозом – панкреонекроз – прооперировано 116 пациентов, что составило 19,2 % от всех больных, госпитализированных по поводу острого панкреатита. Алкогольная и билиарная этиология была выявлена у 88 % пациентов. Преобладали пациенты мужского пола – 69 (59,5 %). Всем пациентам проводились общеклинические и специальные методы обследования, включающие УЗИ, КТ и МРТ в динамике.

Результаты и обсуждение. У 11 % пациентов оперативное вмешательство было выполнено в первой фазе заболевания, что было связано с наличием ферментативного перитонита. Осуществляли дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и холецистостомию. У всех больных данной группы макроскопически отмечались признаки ферментативного парапанкреатита.

У 105 (89 %) пациентов оперативные вмешательства были выполнены в фазу расплавления и секвестрации. Поражение головки поджелудочной железы выявлено у 24 (23 %) пациентов, поражение тела и хвоста – у 36 (34 %), а субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы – у 45 (43 %) больных. Гнойно-некротический парапанкреатит был выявлен у 60 (57 %) пациентов. По распространенности у 30 % больных гнойно-некротический парапанкреатический процесс относился к А, В и С степеням, а у 79 % – распространенность достигала

Д и Е степени. Индекс поражения брюшной полости при распространенном гнойно-некротическом парапанкреатите превышал 12 баллов, а по шкале АРАСНЕ – сумма баллов превышала 25.

Оперативные вмешательства включали лапаротомию, адекватное вскрытие и дренирование забрюшинного пространства с абдоминализацией поджелудочной железы, некр- и секвестрэктомия, холецистостомию и люмботомию. У 16 (15 %) пациентов оперативное вмешательство было дополнено мобилизацией 12-перстной кишки и вскрытием правого параколон. Вскрытие левого параколон было выполнено у 26 (25 %) больных. Двустороннее вскрытие параколон проведено у 37 (35 %) пациентов. Флегмона брыжейки тонкой кишки была выявлена у 5 % больных. Гнойно-некротический парапанкреатит сопровождался развитием плевритов, пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, аррозивными кровотечениями, токсикоинфекционным шоком. При этом, число релапаротомий достигало 3–4. Пациентам с гнойно-некротическим парапанкреатитом были необходимы дополнительные лечебные мероприятия в виде гистопротекторной и иммунокорректирующей терапии, использования эфферентных методов детоксикации и гипербарической оксигенации, фотодинамической терапии. При этом средний койко-день у пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом достигал $68,4 \pm 11,2$. Послеоперационная летальность за 5 лет у пациентов с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом Д и Е степени составила 60 %.

Выводы. Поражение забрюшинной клетчатки при панкреанекрозе является наиболее тяжелым осложнением, которое определяет дальнейшую диагностическую и лечебную тактику, а также объем оперативного вмешательства и послеоперационного восстановительного периода.

РОЛЬ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ

Малов А.А., Акуленко С.В., Овчинников В.А., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В.

Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова ГБУЗ Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить роль минимальноинвазивных вмешательств под лучевым и эндоско-

пическим контролем в лечении постнекротических панкреатогенных жидкостных скоплений (ППЖС).

Матеріали і методи. За період з 2008 по 2011 гг. було виконано зовнішнє внерганне дренирування ППЖС під контролем УЗІ у 122 пацієнтів, із них було 58 пацієнтів з гострими несформованими псевдокистами і 64 пацієнта з формуючими псевдокистами.

У 83 пацієнтів досягнуто выздоровлення, або поліпшення (в формі стійкого зменшення розмірів псевдокист менше 3 см і їх стабілізація з зникненням клінічних проявів захворювання).

У 15 пацієнтів з гострими несформованими псевдокистами, що містять великі секвестри, відзначено низьку ефективність лікування в зв'язі з інфікуванням останніх, появою лихомітки і тенденцією до розвитку забрюшинної флегмони. Їм було здійснено реверсія на лапаротомію.

У 24 пацієнтів з формуючими псевдокистами з тривалим збереженням відокремлюваного по дренажу більше 100 мл в сутки, виявленої зв'язі з панкреатодуктальною системою і наполегливим рецидивуванням кіст після пережаття дренажа – було виконано додаткове втручання. Із них у 17 хворих здійснено зовнішнє катетерне дренирування псевдокист піджелудочної залози з наступним створенням соустья між кистою і шлунком, і у 7 пацієнтів – внутрішнє дренирування (ендопротезування) псевдокист під променевим контролем і ФГДС. Після зовнішнього дренирування за рахунок етапних тракцій дренажа добивалися прорезування його кільця в просвіт шлунка з формуванням панкреатоцистогастроанастомоза. Після ендопротезування здійснювали УЗ-контроль. Ендопротез в наступному або видалявся ендоскопічно

через 6 місяців після установки, або відбувалося його евакуація перистальтичної хвилі по мірі зменшення об'єму кісти.

Результати. Завдяки мінімальноінвазивним способам лікування у 83 пацієнтів з ППЖС вдалося досягти выздоровлення, або поліпшення. У 15 хворих з гострими несформованими псевдокистами, що містять великі секвестри, виконання зовнішнього дренирування ППЖС було малоефективно із-за інфікування секвестрів, що стало необхідним етапом лікування для зниження інтоксикації і підготовки до лапаротомії. У 24 пацієнтів після зовнішнього дренирування ППЖС з'явилася тенденція до формування зовнішнього панкреатического свища, що вимагало додаткових втручань в формі зовнішнього дренирування псевдокист з наступним накладенням панкреатоцистогастроанастомоза на мігруючому катетері, або ендопротезування псевдокисти. При цьому було відзначено повне клінічне выздоровлення пацієнтів з облітерацією або зменшенням порожнин кіст.

Висновки. Лікування ППЖС є однією із складних проблем абдомінальної хірургії. В даний час перевага надається мінімальноінвазивним втручанням під променевим контролем. Однак існують ускладнення після зовнішнього дренирування ППЖС такі як формування зовнішнього панкреатического свища, а також інфікування псевдокист. При строгому дотриманні показань до виконання втручання і відповідному відборі пацієнтів з ППЖС мінімальноінвазивні втручання під променевим і ендоскопічним контролем є високоефективним методом лікування.

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ, РЕГИОНАРНОЙ, ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Лазарев С.А., Хайс С.Л., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, Барнаул, Россия

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости, колоректальный рак (КРР) занимает 3 место, при этом заболеваемость и смертность неуклонно растут. У каждого третьего заболевшего КРР имеются метастазы в печени. Только 10–20 % пациентов может быть выполнена резекция печени. Больные с благоприятными факторами составляют от 10–20 % до 35 %.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения пациентов с отрицательными прогностическими факторами и проанализировать общую и безрецидивную выживаемость.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 101 пациента с метастазами колоректального рака в печени, находившихся на лечении в Алтайском филиале ФГБУ «РОНЦ

им. Н.Н. Блохина» с ноября 2005 по июнь 2011 гг., которым была выполнена обширная резекция печени с проведением преоперационной регионарной, внутриартериальной химио- и биотерапии (1 группа – FOLFOX 6, 2 группа – FOLFOX 6 + Бевацизумаб). Средний возраст пациентов составил 54 ± 5 года. Мужчин было 49 (48,5 %), женщин – 52 (51,5 %). Локализация первичной опухоли: ободочная кишка – 60 (60 %), прямая – 41 (40 %). Стадия первичной опухоли по Dukes: I (А) ст. – 3 (3 %) больных, II (В) ст. – 28 (28 %), III (С) ст. – 24 (23 %), IV (D) ст. – 46 (46 %). Синхронные метастазы диагностировали в 54 (53 %) случаях, метастазы – в 47 (47 %). Правая доля была поражена у 32 (31 %) больных, левая доля – у 7 (7 %), билобарное поражение диагностировали у 62 (62 %) больных. Единичные метастазы выявили

у 46 (46 %) больных, множественные – у 55 (54 %). Размер метастазов варьировал в пределах от 1,5 до 27 см, (средний размер – 6 см).

Полной регрессии не наблюдали ни у одного больного, частичный регресс опухоли – у 26 (26 %), стабилизация процесса – у 53 (53 %), прогрессирование – у 21 (21 %) больного. Частота эффекта лечения – 79 (79 %). Объем выполненных оперативных вмешательств: обширная резекция печени с резекцией контрлатеральной доли – у 39 (39 %) больных; правосторонняя гемигепатэктомия – у 53 (52 %), левосторонняя гемигепатэктомия – у 18 (18 %), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – у 25 (25 %), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 5 (5 %) больных. Внепеченочные метастазы диагностированы у 23 (23 %) больных, метастазы в лимфоузлы гепатодуоденальной связки – у 18 (18 %).

Результаты. При однофакторном анализе были выявлены три неблагоприятных фактора: билобарное поражение печени ($p = 0,0089$), множественные метастазы в печени ($p = 0,0005$), метастазы в гепатодуоденальную связку ($p = 0,0004$). Многофакторный анализ выявил два неблагоприятных прогностических фактора: множественные метастазы в печени ($p = 0,047$), метастазы в гепатодуоденальную связку ($p = 0,043$).

Общая выживаемость. FOLFOX 6 + Бевацизумаб (медиана выживаемости – 29 мес.: 1 год – 94 ± 4 ; 2 года – 66 ± 9 ; 3 года – 34 ± 11 ; 4 года – 14 ± 8 ; 5 лет – не достигнута. FOLFOX 6 (медиана выживаемости – 26 мес.): 1 год – 95 ± 3 ; 2 года – 95 ± 3 ; 3 года – 37 ± 8 ; 4 года – 24 ± 8 ; 5 лет – 13 ± 7 .

Общая выживаемость при наличии метастазов в лимфоузлах гепатодуоденальной связки. Есть метастазы (медиана выживаемости – 23 мес.): 1 год – 94 ± 6 ; 2 года – 20 ± 12 ; 3 года и более – нет. Нет метастазов (медиана выживаемости – 33 мес.): 1 год – 95 ± 3 ; 2 года – 71 ± 6 ; 3 года – 45 ± 7 ; 4 года – 24 ± 7 ; 5 лет – 15 ± 7 .

Общая выживаемость больных в зависимости от количества очагов в печени. Единичные метастазы (медиана выживаемости – 34 мес.): 1 год – 95 ± 3 ; 2 года – 72 ± 6 ; 3 года – 48 ± 8 ; 4 года – 26 ± 8 ; 5 лет – 21 ± 8 . Множественные метастазы (медиана выживаемости – 23 мес.): 1 год – 95 ± 5 ; 2 года – 43 ± 11 ; 3 года – 12 ± 8 ; 4 года и более – нет.

Заключение. Основными критериями, характеризующими агрессивность опухоли, являются количество очагов в печени и метастазы в гепатодуоденальную связку, которые определяют распространенность опухоли.

РОЛЬ КЛЕТОЧНОЙ И ТКАНЕВОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Мамчич В.И., Кебкало А.Б., Лобинцева Г.С., Бондарчук Б.Г., Яцишин М.В., Погорелов А.В., Накашидзе М.Д., Гордовский В.А.

*Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина
Киевская областная клиническая больница, Киев, Украина
Институт клеточной терапии, Киев, Украина*

Актуальность. Актуальность исследования основана на высоких результатах летальности (30–60 %) и развитие тяжелых осложнений после лечения острого панкреатита.

Целью исследования является повышение эффективности комплексного лечения больных с панкреонекрозом на системном и местном уровне, путем стимулирования репаративной регенерации с помощью стволовых клеток пуповинной крови и местной трансплантации криоконсервированной кордовой ткани.

Метод клеточных и тканевых технологий в комплексном лечении некротического панкреатита был применен у 19 пациентов (основная группа), 35 пациентов составили контрольную группу. Протеолитическая активность плазмы крови, общая и местная неспецифическая реактивность оценивалась у всех пациентов. Под контролем ультразвука проводилась тонкоигольная пункция жидкостных образований поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с последующим дренированием. Показанием к открытой операции были: свободно расположенные некротические

секвестры в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке, повышение значения прокальцитонина (> 2 нг/мл) и С-реактивного белка (> 192 мг/мл), без тенденции к их снижению. Доказательством эффективности применения клеточной и тканевой терапии было увеличение интенсивности местных репаративных процессов соединительной ткани и повышение местного иммунитета. Образцы пуповинной крови находились в замороженном состоянии (-196°C). Стволовые клетки пуповинной крови разводили в физиологическом растворе (1 : 1) и вводили внутривенно медленно на 2–3 день после дренирования или операции в течение 3–5 дней. В работе местно применяли кордовую ткань, которую получали из пуповины здоровых новорожденных.

Результаты. Средний срок пребывания в больнице в контрольной группе составил $30,2 \pm 2,9$ дней, в основной группе – $24,5 \pm 3,5$ дней. Осложнения развились в контрольной группе у 48,1 % больных, в основной группе у 24,7 %. Не было зафиксировано отторжения трансплантата или анафилактической реакции. В основной группе выздоровление боль-

них увеличилось в 1,65 ($p < 0,05$) раза на первичном этапе лечения без открытой операции. В стационаре продолжительность пребывания сократилась в 1,47 ($p < 0,05$) раза по сравнению с контрольной группой. Открытая операция была отложена, и это дало возможность для более успешной операции в отсроченном порядке. Летальность в основной группе была меньше в 2,06 ($p < 0,01$), послеоперационное пребывание было меньше в 1,83 ($p < 0,01$) раза. Трансплантация стволовых клеток пуповинной крови и кордовой ткани стимулирует восстановительные

процессы в соединительной ткани, снижает риск развития постнекротических кист в 4,8 ($p < 0,001$) и образование свищей в 3,12 раза ($p < 0,001$).

Заключение. Применение стволовых клеток пуповинной крови и местной трансплантации пуповинной ткани является безопасным и эффективным методом комплексного лечения некротического панкреатита, при этом уменьшается летальность, уменьшаются сроки пребывания больных в стационаре, уменьшается количество послеоперационных осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Маскин С.С., Иголкина Л.А., Жидовинов Г.И., Ермолаева Н.К., Александров В.В., Лопастейский Д.С., Нтире А., Кунгурцев С.В.

ГБОУВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить результаты локального криовоздействия (ЛК) на поджелудочную железу (ПЖ) при хирургическом лечении панкреонекроза (ПН) и его осложнений.

Материалы и методы. Оперировано 180 пациентов с ПН: 1 группа – 72 с ЛК [1а-стерильный (СПН) (7), 1б – инфицированный (ИПН) (31), 1в – ИПН с гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП) (34)]; 2 группа – 108 без ЛК [2а – СПН (11), 2б – ИПН (47), 2в – ИПН+ГНПП (50)]. По тяжести патологии, тактике ведения группы сопоставимы. Основным показанием к операции был ИПН на 6–10 сутки госпитализации. Выполняли вскрытие салниковой сумки, абдоминализацию ПЖ, некрэксеквэстрэктомию, холецистостомию, бурсостомию, дренирование брюшинного пространства и живота. ЛК на ПЖ аппликационно по Альперовичу-Мерзликину. Оценивали клиничко-лабораторные, ультразвуковые, томографические данные, частоту осложнений и летальность. Из исследования исключены пациенты с панкреатогенным шоком и гнойным перитонитом.

Результаты. У всех пациентов подгруппы 1а достигнута резорбция парапанкреатита без гнойных осложнений и летальности. В подгруппе 2а у 6 из 11 больных возникли гнойно-некротические осложнения с ГНПП, им выполнены санационные релапаротомии – умер 1 (9,1 ± 2,6 %); при динами-

ческом УЗИ инфильтрация брюшинной клетчатки более 10 дней.

Применение ЛК при ИПН способствовало положительной динамике и уменьшению патологического процесса в ПЖ и брюшинной клетчатке. У больных 1 группы с ИПН меньше кровопотеря при некрэксеквэстрэктоми: подгруппа 1б без кровотечений, 1в – 1 из 3 больных; 2 группа: 2б – 2 из 13, 2в – 4 из 16. Прогрессирование ИПН, появление и прогрессирование ГНПП в подгруппах 1б-в у 8 (12,3 %) больных; 2б-в – у 29 (29,9 %). Повторные санации с удалением секвестров в 1 группе: 1б у 5 (16,1 %) больных, 1в у 13 (38,2 %); во 2 группе: 2а – у 4 (36,4 %), 2б – у 30 (63,8 %), 2в – у 34 (68 %). Во 2 группе у 27 (25 %) больных (8 из 2б и 19 из 2в) санацию проводили более 3-х раз.

В послеоперационном периоде в основной группе быстрее, чем в контрольной, регрессировала интоксикация. Летальность при ИПН достоверно ниже при ЛК – 9,7 ± 1,6 % против 25,5 ± 3,6 % во 2 группе ($p < 0,01$). При ИПН с ГНПП летальность ниже при ЛК – 20,6 ± 3,5 % против 32,0 ± 4,4 % в контрольной группе ($p < 0,05$). В целом летальность в основной группе достоверно ниже, чем в контрольной: 13,9 ± 1,6 % (10) против 25,9 ± 2,5 % (28) ($p < 0,01$).

Заключение. ЛК патогенетически обосновано и эффективно при лечении всех форм и фаз панкреонекроза и его осложнений.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Хаётов А.М., Нуоров З.Х., Воснев А.С.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения кист поджелудочной железы применением миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. За период 2011–2012 гг. в клинике хирургических болезней № 1 на базе Городской клинической больницы скорой медицин-

ской помощи г. Душанбе были выполнены пункции и дренирование 6 панкреатических ложных кист, развившихся на фоне панкреатита, с локализацией в головке (2), теле (1) и хвосте (3) поджелудочной железы. Среди них мужчин было 4 (66,7%), женщин – 2 (33,3%). Возраст пациентов варьировал от 29 до 77 лет. Диагноз был поставлен на основании клинических и лабораторных данных, УЗИ, КТ и МРТ.

Результаты. Целенаправленные одномоментные пункции кист поджелудочной железы и аспирацию их содержимого проводили при помощи игл 18G, а дренирование кист с использованием стилет-троакара и пункционного адаптера с введением дренажных трубок в полость кисты – под динамическим контролем УЗИ (Aloka 500, конвексный датчик 3,5 МГц). В зависимости от размера кисты разделены на три группы: киста менее 5 см ($n = 2$), от 5 до 7 см ($n = 3$), киста более 7 см ($n = 1$).

После первой пункции киста была полностью ликвидирована у 4-х пациентов, после второй пункции – у 2-х. Стойкое уменьшение размеров кисты и купирование клинических проявлений было достигнуто у 5 (83,3%) больных. У 1 пациента с кистой более 7 см продолжительность лечения составила 11 дней. При этом у этого пациента удалось достичь купирования основных клинических проявлений, в том числе картину механической желтухи и стойкого уменьшения размера кисты. При чрескожном дренировании кисты под контролем УЗИ проводилось

промывание ее полости растворами антисептиков дважды в сутки.

Всем больным мы проводили цитологическое и бактериологическое исследование эвакуированной из полости кисты жидкости и уровня содержания в ней амилазы. При цитологическом исследовании в ряде случаев найдены нейтрофилы, эритроциты, лейкоциты, макрофаги, эпителиальные клетки. Цитологическое исследование, в некоторой степени, позволяет проводить дифференциальный диагноз с кистозными образованиями поджелудочной железы опухолевой этиологии. Среднее пребывание больных в стационаре составило 7,4 дней. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

Заключение. Лечебные пункции панкреатических кист на фоне панкреатита и чрескожное наружное их дренирование под контролем УЗИ. осуществленные точно с соблюдением показаний, являются малотравматичным способом лечения и решают в большинстве случаев терапевтическую проблему и предотвращают травматичное оперативное вмешательство. Эффективность этого способа лечения сопоставима с традиционными методами, однако, процент осложнений и летальности значительно меньше, поэтому лечебные пункции и чрескожное дренирование панкреатических кист на фоне панкреатита необходимо внедрять в клиническую практику.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Материалы и методы. За последние 15 лет в клинике на лечение находились 465 пациентов с различными формами ОП. Мужчин было 187 (40,2%), женщин – 278 (59,8%). Возраст пациентов составил от 35 до 82 лет. Наиболее часто причиной ОП явилась желчнокаменная болезнь (ЖКБ), что наблюдали у 320 (68,8%), злоупотребление алкоголем – у 86 (18,5%), посттравматические – у 27 (5,8%), идиопатический – 19 (4,1%) и у 13 (2,8%) пациентов причину развития ОП определить не удалось. Согласно усовершенствованной в клинике классификации, больные с ОП были разделены по 4-м основным формам: легкая форма (отечный панкреатит) – 320 (68,8%); средней тяжести (отек и мелкоочаговый некроз) – 78 (16,8%); тяжелая форма (крупноочаговый и сливной панкреонекроз) – 40 (8,6%); крайне тяжелая (субтотальный и тотальный панкреонекроз) – 27 (5,8%).

Для диагностики ОП применяли клинико-лабораторные исследования с определением уровня прокальцитонина (ПКТ) сыворотки крови, УЗИ, КТ и видеолапароскопия.

Результаты. На сегодняшний день наиболее эффективным методом диагностики ОП и ее осложнений, является УЗИ. Наличие ОП при УЗИ установили в 434 (93,3%) наблюдениях, при этом данный метод позволил установить наличие осложнений ОП в 54% случаев.

Важным и необходимым методом диагностики ОП и осложнений является определение уровня ПКТ сыворотки крови. У больных с ОДК, осложненным перитонитом и абдоминальным сепсисом, наблюдалось критическое ее повышение до $6,4 \pm 0,04$ нг/мл. Диагностическая лапароскопия была выполнена в 62 наблюдениях, в 45 случаях ее эффективно трансформировали в лечебное пособие. Комплексное консервативное лечение оказалось эффективным у 339 (73,9%) пациентов. Различные варианты хирургических вмешательств были выполнены у 81 (17,4%) пациента и в 45 (9,7%) случаях произведены видеолапароскопические вмешательства.

Различные специфические послеоперационные осложнения наблюдали у 32 (25,4%) пациентов, с 15 (11,9%) летальными исходами.

Заключение. Применение видеолапароскопических и открытых классических методов хирургии

гического лечения гнойно-некротических очагов, в сочетании с интенсивной инфузионной терапией

дает обоснование для улучшения результатов лечения ОДК.

РОЛЬ МРТ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

Цель исследования: определить роль МРТ холангиопанкреатографии в оценке состояния билиарного тракта главного панкреатического протока, и в зависимости от их состояния в выборе варианта операции при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. Проанализированы результаты МРТ холангиопанкреатографии 32 пациентов, которые находились на обследовании и лечении в клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ СР РФ. Среди них было 15 женщин и 17 мужчин. Механическая желтуха имела у 9 (28,1 %) пациентов. МРТ холангиопанкреатографию выполняли с помощью аппарата «GENERAL ELECTRIC с индукцией магнитного поля 1,5 Тл» по стандартной методике. Холангиопанкреатограммы проанализированы по характеру изменений внутри- и внепеченочных желчных протоков, уровня обструкции панкреатического протока, степени расширения его, наличия либо отсутствия кист, а также наличия сосудистых осложнений. В 19 (60 %) наблюдениях выполнены оперативные вмешательства: гастропанкреатодуоденальная резекция – 8, дистальная резекция поджелудочной железы с панкреатоеюностомией с изолированной по Ру петлей тощей кишки – 6, резекция головки поджелудочной железы по Бергеру – 1, продольная панкреатовирсунгоеюностомия с мобилизованной по Брауну петлей тощей кишки – 2. В 13 (40,0 %) наблюдениях оперативные вмешательства не выполнены ввиду отсутствия явных признаков гипертензии билиарного тракта, протоковой системы поджелудочной железы и сдавления смежных органов. Проведена комплексная консервативная терапия с включением 5-фторурацила и сандостатина.

Результаты. Расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков отмечено у 9 пациентов, изолированный стеноз устья панкреатического

протока – у 3-х, из них в 2-х наблюдениях с формированием кисты головки поджелудочной железы; протяженный стеноз в области головки поджелудочной железы с расширением в зоне тела и хвоста органа – у 10, из них у 3-х больных имела псевдокиста в области хвоста железы; множественные стриктуры и расширения по типу «цепи озер» – у 6, из них в 2-х наблюдениях имела псевдокиста дистальной части поджелудочной железы; неравномерность главного панкреатического протока с участками расширения без желчной гипертензии – у 8; равномерное расширение главного панкреатического протока без дилатации билиарного тракта – у 5 пациентов. Среди пациентов с гастропанкреатодуоденальной резекцией интраоперационные осложнения отмечены в 2-х наблюдениях, послеоперационные в одном случае. Летальных исходов не было. В случаях с дистальными резекционно-дренирующими операциями и при операции Бегера осложнений и летальных исходов не отмечено. Среди пациентов, которым были выполнены дренирующие операции, в одном случае после операции имелся холангит, который был купирован консервативным путем. У пациентов (13 человек), которым была проведена комплексная консервативная терапия с периодическим возобновлением ее, при наблюдении от 1 года до 2,5 лет, признаки гипертензии со стороны желчных протоков и главного панкреатического протока не отмечены.

Заключение. В выборе варианта оперативного пособия у больных хроническим панкреатитом важную роль играет МРТ холангиопанкреатография. Она позволяет с большей вероятностью определить характер и распространенность поражения протоковой системы поджелудочной железы, наличие желчной гипертензии и сдавления смежных органов, что имеют решающее значение при определении показаний той или иной операции на поджелудочной железе.

ТОТАЛЬНАЯ ЦИСТПЕРИЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Насибова У.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

Радикальные хирургические вмешательства при эхинококкозе печени имеют явные преимущ-

ества перед другими методами и значительно снижают рецидив заболевания.

Цель исследования: оценить возможности и уточнить эффективность цистперикистэктомии с помощью ультразвукового диссектора «Söring» при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. В исследовании включены 36 пациентов с монокистозным эхинококкозом печени: правая доля – 27 (75,0 %), левая – 9 (25,0 %); диаметр кист варьировал в пределах от 10,0 до 22,0 см; 1-я фаза жизнедеятельности – 5 (13,8 %), 2-я «А» – 10 (27,9 %), 2-я «Б» – 8 (22,2 %), 3-я – 13 (36,1 %). Кисты в правой доле были локализованы: V–VI сегменты – 11 (30,5 %), VI–VII сегменты – 15 (41,6 %), VII и частично VIII сегменты – 1 (2,7 %).

Во всех случаях выполнено радикальное лечение из широкой лапаротомии – цистперикистэктомия с использованием ультразвукового диссектора «Söring» (Германия). Группу сравнения составили 39 пациентов, которым была выполнена тотальная цистперикистэктомия без применения ультразвукового диссектора (дигитальное разделение паренхимы + диатермокоагуляция + лигирование и ушивание трубчатых структур печени).

Результаты и обсуждение. Технический успех в выполнении радикальной операции с применением ультразвукового диссектора при эхинококкозе пе-

чени отмечен в 100 % случаев. Интраоперационная кровопотеря составила $220 \pm 15,6$ мл, тогда как в контрольной группе – $530 \pm 30,5$ мл. Медиана продолжительности операционного вмешательства в основной группе составила $91,6 \pm 4,5$ мин, а в контрольной – $114,5 \pm 6,7$ мин. Послеоперационные осложнения в основной группе больных не отмечены, а в контрольной группе в 2-х наблюдениях имелся правосторонний экссудативный плеврит, в одном случае выполнена плевральная пункция, у 3-х пациентов жидкостные скопления вокруг печени в зоне операции, которые ликвидированы перкутантным пункционным дренированием под УЗ-наведением. При двухгодичном наблюдении рецидивов заболевания в основной группе не отмечено, а в контрольной группе в двух наблюдениях замечено формирование паразитарной кисты печени в зоне эхинококкэктомии. Ретроспективный анализ установил, что имело место вскрытие кисты в ходе выполнения оперативного вмешательства.

Заключение. Тотальная цистперикистэктомия является операцией выбора при эхинококкозе печени и ее выполнение с применением высоких технологий обеспечивает 100-процентное выздоровление пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ХИРУРГИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Миллер С.В.

*Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия
МУЗ Городская клиническая больница № 7, Красноярск, Россия*

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения повреждений поджелудочной железы за счет интраоперационного использования способа бесконтактного гемостаза – аргоноплазменной коагуляции.

Материалы и методы. Проанализировано 82 случая травм органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы в период с 1995 по 2010 г. Изолированную травму поджелудочной железы диагностировали у 16 (19,5 %), множественные повреждения органов брюшной полости – у 35 (42,7 %), сочетанные повреждения – у 31 (37,8 %). Закрытая травма живота явилась причиной повреждения поджелудочной железы у 54 (65,9 %) пострадавших, проникающие раны брюшной стенки – у 28 (34,1 %). В зависимости от применявшегося метода лечения все пострадавшие были разделены на три группы: первая – 26 пациентов, поступивших в клинику с 1995 по 1999 г., у которых не проводилось профилактики посттравматического панкреатита, вторая – 29 больных, у которых периоперационно в период с 2000 по 2005 г. использовались препараты октреотида, третья – 27 больных, оперированных в период с 2006 по 2010 г. с применением способа

аргоноплазменной коагуляции и получавших периоперационно препараты октреотида.

У большинства пострадавших имела место 1 и 2 степень повреждения поджелудочной железы по классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST). При этом небольшие некровотокающие раны поджелудочной железы (1-я степень, 28 пациентов) не ушивали, формировали оментобурсостому, через которую дренировали сальниковую сумку. При глубоких ранах поджелудочной железы (2-я степень по AAST, n = 39) с интенсивным кровотечением у больных первой (14) и второй групп (13) гемостаз достигали монополярной коагуляцией, при неэффективности – прошиванием кровоточащего сосуда и тампонадой с последующим формированием оментобурсостомы. У пациентов третьей группы (12) интраоперационно в качестве способа гемостаза использовали аргоноплазменную коагуляцию с применением аппарата ЭВЧ «Фотек» EA-142-XP в режимах «Спрей» и «Фульгур». У всех поступивших позднее 12 часов с момента травмы выполняли абдоминализацию железы.

Результаты. Показатель ранней летальности в первой, второй и третьей группах составил 15,4 %;

10,3 %; 14,8 % соответственно ($p = 0,135$) и определялся количеством пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Общая летальность составила 20,7 % (17 пациентов). Послеоперационные осложнения развились у 15 больных, что составило 21,1 % от количества выведенных из шока и успешно перенесших операцию. Большинство осложнений было обусловлено прогрессированием посттравматического панкреонекроза. Тяжелые осложнения в виде аррозивного кровотечения, забрюшинной флегмоны, поддиафрагмального абсцесса встречались только у пострадавших первых двух групп. Свойства аргоновой плазмы, использовавшиеся на этапах гемостатического воздействия у пациентов третьей группы: отсутствие контакта с паренхимой железы, минимальная тканевая карбонизация, возможность эффективной и быстрой коагуляции сосудов до 3 мм

в диаметре, уменьшение общего времени операции и объема кровопотери в сочетании с локальным антибактериальным эффектом, на фоне периоперационного подавления внешней секреции органа способствовали сокращению числа осложнений – до 8,7 % по сравнению с аналогичным показателем первой (31,8 %, $p = 0,002$) и второй групп (23,1 %, $p = 0,046$). Летальность при посттравматическом панкреонекрозе составила 26,7 % и имела место только среди пациентов первых двух групп.

Заключение. Интраоперационное использование способа бесконтактного гемостаза на фоне периоперационного подавления внешней секреции поджелудочной железы является эффективным способом профилактики развития посттравматического панкреонекроза и его фатальных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Михайлузов С.В., Моисеев Е.В.

*Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия
ГБУЗ Городская клиническая больница № 15 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия*

Цель исследования: оценить возможности различных инструментальных методов в диагностике нелокализованных форм инфицированного панкреонекроза (ИПН).

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 208 больных панкреонекрозом (ПН), начиная с 10–12 суток стационарного комплексного лечения в условиях отделения реанимации. Все пациенты госпитализированы в клинику со стерильным ПН, у 102 (49 %) из них подтверждено субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы (ПЖ). Средний возраст больных 46,7 лет, более 2/3 – мужчины. У 26 больных (12,5 %) индекс Кеттле (ИМТ) соответствовал 3 и 4 степени ожирения. В 42 случаях (20,2 %) отмечены признаки полиорганной недостаточности. Нелокализованное поражение забрюшинной клетчатки (ЗК) (парапанкреатической (ППК) и параколической) отмечено в 84 наблюдениях (40,4 %). Во всех случаях проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) в режиме серой шкалы и реального времени на эхотомографе «Toshiba SSA 550 NEMIO». 53 пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) на аппарате «Somatom Sensation 40» с болюсным контрастным усилением изображения, использованием неионных рентгеноконтрастных препаратов и реконструкцией в аксиальной проекции (толщина среза 1,5 мм). Объем и характер поражения ПЖ и ЗК оценивали по шкале Balthazar. Для оценки диагностических возможностей методик определяли точность (Т), чувствительность (Ч) и специфичность (С). Диагноз ИПН и объем

поражения ЗК верифицировали с помощью пункционно-дренирующих чрескожных вмешательств, фистулографии, интраоперационных данных и результатов аутопсии.

Результаты. Возможности УЗИ и МСКТ для верификации распространенного ИПН не имели статистически достоверных различий: при УЗИ точность составила 88,5 %, чувствительность – 81,2 %, специфичность – 92,7 %, при МСКТ – 77,4 %, 66,7 %, 84,4 % соответственно. Количество ложноотрицательных (ЛО) результатов в группах (15 и 7 ($p = 0,260$)) и ложноположительных (ЛП) (9 и 5; $p = 0,258$) не отличались. При МСКТ диффузные и очаговые процессы имели различный морфологический субстрат с типичным и нетипичным отображением на томографических срезах, обнаружением гетерогенных и солидных компонентов, а также жидкостных очагов низкой плотности. Однако при детальном анализе наблюдений выявлено, что ЛО результаты при УЗИ обусловлены сформированной «секвестральной коробкой», отсутствием жидкостного компонента гнойника. ЛП заключения нелокализованного ИПН при эхотомографии были обусловлены обнаружением жидкостных скоплений неправильной формы, с неоднородными детритными массами в очагах. При МСКТ ЛО случаи встречались у пациентов с жидкостными коллекторами значительного объема, с локализацией в ППК и в ЗК слева, что позволило высказаться о наличии неинфицированных очагов. ЛП результаты связаны с неправильной трактовкой парапанкреатического инфильтрата в виду наличия множественных гиподенсных участков, при этом

во время открытой операции и при пункционных вмешательствах признаков ИПН не выявлено.

Выводы. Ввиду разнообразия нелокализованных форм ИПН и наличия объективных диагно-

стических трудностей у пациентов с ПН тяжелого течения в ранние сроки стационарного лечения, необходимо сочетание методов УЗИ и МСКТ для оценки состояния ПЖ и ЗК.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЦИСТОГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мороз О.В., Кулезнева Ю.В., Израйлов Р.Е., Охотников О.И., Мусаев Г.Х., Григорьев С.Н.

Кафедры общей и факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Городская клиническая больница КБ № 68, Москва, Россия

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Курск, Россия

Неуклонное увеличение количества больных с тяжелыми формами острого и хронического панкреатита, привело к увеличению и числа пациентов с постнекротическими кистами (ПНК) поджелудочной железы в 18–50 % случаев.

Цель исследования: оценка клинической эффективности чрескожных методов внутреннего дренирования сформированных постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения больных с ПНК в 3-х различных центрах. За период с 2002 по 2011 гг. было пролечено 411 пациентов с ПНК в возрасте от 27 до 78 лет. Сроки существования кист были в пределах от 3 до 7 месяцев. Диаметр кист варьировал в пределах от 5 до 15 см. Из них осложненных кист было 250 (60,8 %): инфицированных – 190 (76 %), с кровоизлиянием – 17 (6,8 %), с билиарной компрессией – 37 (14,8 %), с дуоденальной компрессией – 29 (11,6 %), с сочетанными осложнениями – 96 (38,4 %).

Способами хирургического лечения во всех центрах являлись:

- одномоментная установка цистогастрального стента типа «double-pigtail» под контролем УЗИ, РТВ и ЭГДС;
- двухэтапное дренирование ПНК. На первом этапе под контролем УЗИ и РТВ в полость ПНК устанавливали два наружных дренажа: чрескожного чрезгастрального чрез обе стенки желудка и только чрескожного через желудочно-ободочную связку.

Амилаза в содержимом была более 10 тыс. ед. Через 1–25 суток под рентгенологическим и эндоскопическим контролем осуществляли перевод наружного чрезгастрального дренажа во внутренний путем срезания наружной части дренажа у основания кожи и последующего низведения «свободного конца» дренажа в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки. Второй дренаж оставляли в полости кисты для санации и контроля за содержимым ПНК.

Результаты. Пациентам были выполнены следующие виды дренирования: трансжелудочное дренирование – 181 (44,0 %) больному, трансдуоде-

нальное – 78 (19,0 %), комбинированное дренирование с использованием двух и более дренажей – 116 (28,2 %), длительное наружное дренирование – у 36 (8,8 %) пациентов.

В раннем послеоперационном периоде отмечено инфицирование остаточной полости кисты у 18 (4,37 %) больных: после одномоментного цистогастрального стентирования в 10 случаях, вследствие раннего удаления страховочного дренажа – в 8.

Пролежни с повреждением ветвей верхней панкреато-дуоденальной артерии диагностированы у 3 (0,7 %) больных:

- кровотечение в ДПК на 12-е сутки после дренирования – у 1;
- формирование ложной аневризмы на 19 сутки – у 2-х (оба пациента успешно оперированы).

Средняя длительность госпитализации пациентов с осложненными псевдокистами составила $21 \pm 0,5$ сутки.

Под наблюдением в течение 3-х лет находилось 315 больных, при отсутствии рецидива в течение этого срока дальнейшее наблюдение не проводили. Рецидив кисты отмечен у 7 (2,2 %) больных и был связан с нарушением диеты. Этим больным выполнено повторное трансорганное дренирование. 38 (12,1 %) больных периодически проходили стационарное лечение по поводу обострения хронического панкреатита без признаков рецидива кисты. Один больной оперирован через 3 месяца после цистогастрального стентирования в связи с сохраняющимся болевым синдромом, появлением желчной и портальной гипертензии. 115 (36,5 %) больных предъявляли жалобы на эпизодические боли в верхней половине живота.

Под наблюдением с 2004 г. находились 44 пациента, из них у 15 (34,1 %) дополнительных лечебных мероприятий не потребовалось. У 29 (65,9 %) больных сохранялась клиническая картина хронического панкреатита. 12 (27,3 %) пациентов регулярно проходили стационарное консервативное лечение. Одному (2,3 %) больному выполнена ПДР по поводу псевдотуморозного панкреатита с протоковой гипертензией. 8 (18,2 %) больным

произведена вирсунгостомия с последующим стентированием стриктуры панкреатического протока. Трех (6,8 %) больным с калькулезным панкреатитом выполнена операция Бегера или Фрея.

Заключение. Чрескожное внутреннее дренирование является возможной альтернативой открытым и эндоскопическим методам лечения больных с ПНК поджелудочной железы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Мурадов Т.Р.¹, Сулейманов С.Ф.², Мирахмедова С.С.², Рауфов А.А.²

¹ Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухара, Узбекистан

² Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования: поиск оптимального метода предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных панкреонекрозом (ПН).

Материалы и методы. В Бухарском филиале РНЦЭМП за период с 2004 по 2011 годы находились 22 больных с диагнозом ПН. Мужчин было 17 (77,3 %), женщин – 5 (22,7 %). Средний возраст больных составил 45 ± 3,4 года. Диагноз ПН ставили на основании современных клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования, а также анамнестических данных больных. Провоцирующими факторами развития ПН были употребление алкоголя – 43 %, алиментарный фактор – 34 %, желчнокаменная болезнь – 19,8 %. Причина деструктивного панкреатита не была установлена в 3,2 % случаев. Все больные были разделены на 2 группы.

Результаты. В первую группу были включены 14 прооперированных больных с ПН. Особенностью хирургической тактики в лечении больных указанной группы явились ранние операции после предварительно проведенной общепринятой консервативной (преоперационной) подготовки в независимости от тяжести состояния больных. Во всех случаях показаниями для выполнения экстренных операций была клиническая симптоматика ферментативного перитонита. У больных 1-й группы использовали тактику некрсеквестрэктомий, которые выполнялись методом закрытых дренирующих операций.

Во вторую группу были включены 8 больных, прооперированных с различными формами ПН. Больным 2-й группы выполнили некрсеквестро-

эктомию, пациенты получили антиферментную и комбинированную антибиотикотерапию, H₂-гистаминоблокаторы, спазмолитики, антиоксиданты, озонированный раствор 0,9% NaCl, тимоптин в дозе 100 мкг/сутки в течение 10 дней. Нами было применено для пациентов раннее энтеральное питание (РЭП). Во время операции устанавливали назоинтестинальный зонд, проводили его на расстояние 20–30 см вглубь за трайцеву связку. Через 2–3 сутки после операции больным давали зондовое питание капельным способом со скоростью 50 мл/час. РЭП считаем целесообразным в связи с тем, что оно предотвращает процессы липолиза, гипо- и диспротеинемии, метаболического ацидоза, а также снижения объема циркулирующей крови. Под влиянием РЭП происходило повышение функциональной активности энтероцитов, раннее восстановление моторики кишечника, предотвращение бактериальной транслокации из просвета кишечника в кровеносное русло, а последнее, в свою очередь, приводило к ускоренному исчезновению симптомов интоксикации, снижению риска бактериальной диссеминации и предотвращению развития гнойно-септических осложнений в брюшной полости.

Выводы. Применение комплексного лечения и РЭП во 2-й группе в динамике как до-, так и в послеоперационном периоде приводило к более скорому разрешению синдрома кишечной недостаточности, гиперметаболизма, эндотоксикоза и гнойных процессов, а также позволило снизить летальность на 11 % по сравнению с пациентами из 1-й группы, лечившихся только общепринятым традиционным способом.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., Галимов И.И., Салимгареев И.З., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кистозными поражениями органов брюшной полости с использованием лапароскопических методов лечения.

Материалы и методы. В отделении гастрохирургии РКБ им Г.Г. Куватова за 2010–2011 г. пролечено лапароскопическим способом 32 пациента с кистами брюшной полости. По локализации кист

больные разделены: 1 группа – 24 (75 %) больных с локализацией кист в печени, из них с локализацией в правой доле 18 больных, в левой доле – 6 больных; 2 группа – 8 (25 %) пациентов с локализацией кист в селезенке.

Диагностический алгоритм включал: комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости с дуплексным сканированием, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела. Установку лапароскопического оборудования и манипуляторов производили в стандартных точках. Показаниями к лапароскопическому вмешательству служили одиночные кисты печени размерами от 5 см и более. Наиболее благоприятной являлась поверхностная локализация кист, что облегчало проведение хирургического лечения. Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии считаем неосложненные эхинококковые кисты без дочерних пузырей. При расположении кист в глубине паренхимы печени манипуляцию дополняли эндоскопическим УЗИ.

Результаты. Этиология кист был непаразитарной у 20 пациентов: с локализацией в правой – 15 пациента и в левой доле печени – 5. Основные этапы

лечения кист состояли из пункции кисты, удаления содержимого и иссечение стенок с последующей дезпитализацией стенки кисты. Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена в 4-х случаях: из правой доли печени – в 3-х случаях, из левой доли – в 1 случае. При лечении паразитарных кист важнейшим является соблюдение принципа апаразитарности. С этой целью проводится тщательная ревизия остаточных полостей, полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки.

Во всех случаях лапароскопического удаления кист селезенки они были непаразитарной этиологии. Летальности отмечено не было. Внедрение лапароскопических цистэктомий позволило значительно сократить сроки нахождения больных в реанимационном отделении и реабилитации в послеоперационном периоде. Сроки госпитализации, по сравнению с лапаротомным доступом, были сокращены в среднем на 12 суток.

Выводы. Применение лапароскопических методов лечения становится методом выбора в лечении непаразитарных и паразитарных кист органов брюшной полости, что позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ «АЛЛОГЕМА» ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ

Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Салимгареев И.З.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Введение. При ранениях и травмах живота среди внутренних органов печень повреждается особенно часто – в 56 %. В срочной диагностике закрытых повреждений печени решающая роль принадлежит лапароскопии. При лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникать проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции недостаточно для остановки возникшего кровотечения. Наиболее традиционным гемостатическим средством местного применения является коллаген, который служит матриксом для формирования кровяного сгустка путем улавливания тромбоцитов. Применение этих средств ограничено из-за плохой фиксации к раневой поверхности, а использование их при лапароскопических операциях невозможно, так как отсутствие эластичности коллагеновых пластин не позволяет провести их через порты троакаров.

Цель исследования: разработать гемостатическое средство, позволяющее быстро и эффективно осуществить гемостаз при лапароскопических операциях на печени.

Материалы и методы. Разработан препарат «Аллогем» (патент РФ № 2139735 от 20.09.99 г.) – аб-

сорбирующее гемостатическое раневое покрытие, готовое к немедленному применению, состоящий из аллогенной пластины, покрытой компонентами фибринового клея. При контакте с кровоточащей раной факторы свертывания высвобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин. Пластина склеивается с раневой поверхностью за счет полимеризации. За счет хорошей эластичности пластина хорошо фиксируется как на ровные, так и на «бугристые» поверхности. Механическая стабильность коллагеновой пластины и ее выраженная адгезия с фибрином обеспечивает дополнительную защиту раневой поверхности.

В своей практике в последнее время «Аллогем» широко использовали как при традиционных, так и лапароскопических операциях. Введение пластины по ходу троакара, с последующим расправлением ее в брюшной полости является непростой задачей, так как при работе инструментами легко повреждается клеящаяся поверхность. Для облегчения этой задачи и более надежной аппликации на поверхность органа был разработан порошкообразный биоматериал для эндоскопического укрытия раневых поверхностей (патент РФ № 2139735 от 10.01.2005 г.). Полученный препарат представляет

собой стерильный волокнистый порошок, беспрепятственно проходящий через просвет лапароскопа. Благодаря большой удельной поверхности и наличию компонентов свертывающей системы крови разработанный биоматериал проявляет выраженный гемостатический эффект, легко пропитывается кровью и прилипает к ране. В результате контакта с кровоточащей раной тромбин крови способствует переходу фибриногена, входящего в состав биоматериала, в фибрин, нити которого прочно связывают частицы порошка между собой и с раной, образуя на ее поверхности надежное защитное покрытие. Измельченный биоматериал фиксируется как на ровных поверхностях, так и

на поверхностях, имеющих сложный рельеф или ограниченный доступ. В дальнейшем, в течение 4–6 недель, происходит постепенное замещение покрытия соединительнотканым регенератом пациента. Наличие антибактериального препарата снижает вероятность развития послеоперационных инфекционных осложнений.

Результаты. Разработанные аллогенные гемостатические препараты применены у 24 пациентов с повреждениями печени.

Вывод. Опыт использования аллогенных препаратов в гемостатических и пластических целях показал перспективность их дальнейшего применения в традиционной и эндоскопической хирургии.

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ – ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Назирова Ф.Н., Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Матмуратов С.К., Лим В.Г., Аллазаров У.А.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Хирургическая тактика при ОБП остается спорной и до конца нерешенной. Показания к операции, сроки и методы ее выполнения вызывают наибольшую полемику в литературе.

Целью исследования явилась совершенствование ранней диагностики и оптимизации хирургической тактики лечения острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 314 пациентов с ОП, из них у 163 (62,8 %) больных диагностировали ОБП. Женщин было 71 %, мужчин 21 %. Все больные ОБП имели более и менее длительный анамнез ЖКБ (от 2-х до 14 лет), неоднократно лечились в стационарах с временным успехом.

Диагностика ОБП основывалась на клинико-лабораторных методах, а также данным УЗИ, РЭПХГ, ЭФГДС и лапароскопии. Для достоверности и диагностической ценности специальных исследований мы изучили их точность с двух позиций: чувствительности – численно отражающей способность метода выявлять заболевание в тех случаях, когда оно действительно имеется; специфичности – величина характеризующая уверенность в исключении заболевания в тех случаях, когда его действительно нет.

Изучены результаты традиционных методов лечения ОБП у 48 больных контрольной группы, ЭПСТ у 47 и ТДПСП аппаратом СПП-20 – у 68 основной группы. У 20 больных поражение ПЖ протекало по типу интерстициального панкреатита, а у 28 деструктивного типа (из них у 10 геморрагический, а у 18 жировой панкреонекроз).

Результаты. Гладкое течение послеоперационного периода отмечено у 28 из 48 больных. Специфические осложнения – несостоятельность ХДА развились у 2 из 48, неспецифические – нагноение

послеоперационной раны у 3-х и у 9 больных из 48 развились осложнения связанные с сопутствующими заболеваниями. Осложнения, связанные с основной патологией, нами наблюдались у 2-х пациентов – прогрессирование острого панкреатита. Умерло в ближайшем послеоперационном периоде 11 из 48 больных. Причиной смерти были: инфаркт миокарда у 1, тромбоэмболия легочной артерии у 1, выраженная печеночно-почечная недостаточность – 1, у 2-х – разлитой гнойный перитонит и у 6 больных причиной смерти было прогрессирование процесса в ПЖ.

Отдаленные результаты изучены у 34 больных после традиционных методов лечения больных ОБП, в сроки от 3-х до 10 лет.

При этом хорошие отмечены у 22 пациентов, удовлетворительные у 8 и у 4 неудовлетворительные результаты. Причиной неудовлетворительных результатов в одном случае был непротяженный стеноз БДС, холедохолитиаз у 3-х пациентов. Непротяженный стеноз БДС удалось ликвидировать путем РЭПСТ. У больных, у которых имелся холедохолитиаз в 2-х случаях при помощи РЭПСТ удалось вывести камень в просвет ДПК и в одном случае пришлось накладывать СД ХДА. Все больные в этой группе в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Отдаленные результаты основной группы изучены у 29 больных. Хорошие – отмечены у 21 и удовлетворительные – у 8 пациентов.

Заключение. В лечении ОБП первостепенной целью являются ранние оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию желчной и панкреатической гипертензии. Вмешательства на ПЖ должны быть индивидуальными в зависимости от выявленных патоморфологических и деструктивных изменений в ПЖ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ качества жизни больных циррозом печени (ЦП) после портосистемного шунтирования (ПСШ).

Материалы и методы. Анализ качества жизни проведен у 248 больных ЦП после ПСШ. Средний возраст больных на момент операции составил $28,4 \pm 1,7$ лет. Селективный дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) был наложен у 135 (54,4 %) пациентов, у остальных 113 выполнены различные варианты центрального шунтирования. Для оценки качества жизни использован специальный вопросник, разработанный Z.M. Younossi et al. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ).

Результаты. Особый интерес представляет анализ по оценке качества жизни до и после ПСШ. Проанализировали группу из 32 больных ЦП. Сводные результаты показали, что до шунтирования показатели оказались достоверно хуже, чем в ближайшие сроки после операции. Соответственно подобная оценка доказала эффективность этих вмешательств не только в плане профилактики кровотечения из ВРВПЖ, но и в субъективной оценке собственного здоровья. Так, если до операции средняя сумма баллов составила $114,1 \pm 1,4$, то в сроки через 3 месяца после ПСШ – $127,5 \pm 1,7$, что достоверно ($p < 0,001$) отличалось от исходного показателя. В свою очередь к 6 месяцам наблюдения показатель качества жизни снизился до $122,4 \pm 1,8$.

Для сравнения показателя качества жизни у больных ЦП после ПСШ в группу контроля было включено 50 больных, обследованных по такому же принципу. Исследования в общей группе из 248 больных показали, что в отличие контроля в ближайший период после ПСШ средний показатель по всем вопросам составил всего $4,4 \pm 0,05$ балла. В дальнейшем достоверное снижение получено в

сроки к 3-м годам – $3,7 \pm 0,07$ балла и к 5 годам – $3,2 \pm 0,10$ балла.

Снижение относительного значения среднего балла существенно не отличалось по всем доменам (равномерное снижение кривых на 20,3–25,8 %). Однако их сопоставление по отношению к контролю было более выраженным, составив в сроки более 5 лет наблюдения всего 41,0 % к контролю по домену «беспокойство» и максимально 62,3 % к контролю по домену «активность». Сравнительный анализ качества жизни по шкалам физического (домены: абдоминальные симптомы, усталость, системные симптомы, активность) и психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья (домены: эмоциональное состояние, беспокойство) показал, что прогрессивное ухудшение качества жизни больных после ПСШ также происходит к 3–5 годам наблюдения.

Выводы. Прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода ЦП. Независимо от способа декомпрессии в отдаленные сроки после ПСШ отмечается прогрессивное ухудшение показателя индекса качества жизни, при этом по шкале физического состояния вопросника CLDQ селективная декомпрессия отличалась меньшим значением по отношению к центральным анастомозам, а по шкале психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья выявлена противоположная картина с более высокими значениями после ДСРА ($74,2 \pm 3,8$ % против $69,7 \pm 4,1$ % – в сроки 3 месяца и $49,2 \pm 5,7$ % против $46,6 \pm 5,3$ % – в сроки более 5 лет, $p < 0,001$), свидетельствуя о менее выраженном проявлении синдрома печеночной энцефалопатии после селективной декомпрессии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Девятов А.В., Омонов О.А.

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Опухоль проксимальных желчных протоков (ОПЖП) составляют 10–26 % от всех злокачественных поражений желчных протоков. Высокая летальность больных с ОПЖП и отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма приводят к поиску новых методов и подходов к лечению этой категории больных.

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных с ОПЖП путем выбора рациональной хирургической тактики.

Материалы и методы. РСЦХ им. акад. В. Вахидова имеет опыт комплексного лечения 156 больных с ОПЖП за более чем 10 лет. Кроме клинико-лабораторных исследований, диагностика ОПЖП включала

спеціальні інструментальні методи дослідження. Ультразвукове дослідження проведено всім больним, комп'ютерна томографія – 58, із них 19 випадках виконана МСКТ з 3D реконструкцією біліарного дерева і МРПХГ у 11 пацієнтів, ендоскопічна ретроградна холангіографія – 64, чрескожна чреспеченочна холангіографія – 72 і подвійне пряме контрастування жєлчних протоків – 12 больним. Ультразвукова доплєрографія судів печєни применєна 39 больним. Класифікували больних с раком ПЖП по двом класифікаціям: по TNM і класифікації Bismuth-Corlett, прийнятої в 1975 г. Наші больні розподєленє слєдуєщєм образєм: на І стадії забєлєвання постуєпєл 1 больної (0,6 %), ІІ стадія выяєлена у 18 пацієнтів (11,6 %), ІІІ стадія діагноєтирована у 58 больних (37,1 %), IVa – у 45 (28,8 %), IVb стадія (метастазє в печєнє, лєбо канєероматоз) – у 34 (21,7 %). По класифікації Bismuth-Corlette тип I опухєли выяєлен у 28 больних (17,9 %), тип II – 26 (16,6 %), тип IIIa – 18 (11,5 %), тип IIIb – 28 (17,9 %) і IV тип діагноєтирован у 56 пацієнтів (35,8 %).

Результаты. Из 156 пациентов с раком ПЖП не оперированы 6 (3,8 %) больных, у которых диагностированы IV стадия рака и IV тип опухоли по Bismuth-Corlette. Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 119 (76,2 %) больных. При дооперационной диагностике нерезектабельного образования, множественного метастазирования и тяжелого неоперабельного состояния больных, предпочтение отдавалось «малоинвазивным» методам декомпрессии. У 33 (21,1 %) больных выполнена ЧЧХС и в 13 (8,3 %) случаях выполнено эндопротезирование опухолевой стриктуры печеночных протоков как окончательный вид хирургического лечения. При интраоперационной диагностике нерезектабельного рака ПЖП, в 17 (10,8 %) случаях выполнена паллиативная резекция печеночных протоков с формированием билиодигестивного анастомоза и в 61 (39,1 %) случае выполнена реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков. В 8 (5,1 %) случаях из-за генерализованности процесса с наличием канєероматоза брєушной полости, операція завершена діагноєстическої лапаротомієй. Радикальные операции удалось выполнить у 31 (19,8 %) пациента, при этом в 17 случаях после

купирования желтухи при помощи ЧЧХС. Из них в объеме резекции гепатикохоледоха вместе с опухолью и формированием БДА оперировано 19 (12,1 %) больных. В 12 (7,6 %) случаях выполнена резекция печени с резекцией печеночных протоков и формирование БДА. Изучены отдаленные результаты после проведенных хирургических вмешательств. Медиана выживаемости, по методу Каплана-Мейера, для всех паллиативных вмешательств составила 8,1 мес. Большая продолжительность жизни отмечена при паллиативной резекции печеночных протоков с формированием БДА (медиана выживаемости 12,1 мес.). Медиана выживаемости при ОПЖП после резекций печени с печеночными протоками составила 26,1 мес., при резекциях только печеночных протоков – 25,8 мес. В результате применения предложенной тактики нами удалось снизить послеоперационную летальность с 34,1 % до 10,2 %.

Заключение. Больным с ОПЖП необходимо применение дифференцированного 2-х этапного хирургического лечения, что позволяет части больным произвести радикальные оперативные вмешательства, несмотря на исходное тяжелое состояние больных. Выполнение радикальных операций при ОПЖП возможны в основном при I–II стадии опухолевого процесса и при I, II и реже III типе опухоли по Bismuth-Corlett. При этом, наиболее эффективными являются расширенные операции с резекцией печени и печеночных протоков с формированием БДА, позволяющие добиться: медианы выживаемости 26,1 месяцев; кумулятивной 1, 2, 3, и 5 летней выживаемости – 82,4 %, 59,8 %, 47,7 % и 28,1 % соответственно. Больных с ОПЖП не имеющих явных противопоказаний к операции, следует подвергать лапаротомии, и при невозможности выполнить радикальную операцию, стремиться выполнить паллиативную резекцию печеночных протоков с формированием БДА на транспеченочных дренажах, частота осложнений и летальность при этой операции ниже, а продолжительность жизни выше, чем при других видах паллиативных вмешательств. При диагностике явно нерезектабельной ОПЖП и неоперабельном состоянии больных методом выбора следует считать ЧЧХС, при возможности с применением наружно-внутреннего дренирования или эндопротезирования.

ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Мардонов Л.Л.

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить частоту печеночной энцефалопатии (ПЭ) у больных циррозом печени (ЦП) после портосистемного шунтирования (ПСШ).

Материалы и методы. Отдаленные результаты с динамической клинико-инструментальной вери-

фикацией тяжести ПЭ прослежены у 188 больных ЦП после ПСШ. В комплексе диагностики ПЭ применен аппарат «HEPATonorm™ – Analyzer» (компания «MERZ», Германия), при помощи которого определялась критическая частота мерцания (КЧМ).

Результаты. Согласно анализу в различные сроки после ПСШ от нарастающей печеночной недостаточности умерло 67 (35,6 %) больных, причем после дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) – 35 (33,0 %), а после центральных ПСШ – 32 (39,0 %). Летальность на фоне рецидива кровотечений составила 8,5 %: 16 больных: 10 (9,4 %) после ДСРА и 6 (7,3 %) – после центральных ПСШ.

С учетом выполненных декомпрессионных вмешательств изучение отдаленных результатов показало, что в большинстве случаев наступал регресс ВРВПЖ. Что касается частоты и тяжести ПЭ в постшунтовом периоде, то селективная декомпрессия отличалась менее выраженными проявлениями этого осложнения. Так, клинические явления ПЭ после ДСРА в сроки к 6 месяцам наблюдения определялись у 8,6 % (6) больных, после центральных ПСШ у 9,3 % (4). Латентная форма ПЭ была диагностирована у 27,1 % и 27,9 % соответственно. В целом в эти сроки ПЭ отсутствовала у 45 (64,3 %) пациентов после ДСРА и 27 (62 %) после центральных ПСШ. В более поздние сроки отмечалось изменение частоты ПЭ в сторону увеличения пациентов с клинической формой этого осложнения.

В сроки к 6 месяцам наблюдения среднее значение КЧМ после ДСРА составило $40,6 \pm 0,09$ Hz, а после центральных ПСШ – $40,2 \pm 0,1$ Hz ($p < 0,001$). К одному году наблюдения показатель несколько улучшился, достигнув $41,2 \pm 0,11$ Hz и $40,9 \pm 0,11$ Hz ($p < 0,001$) соответственно. В дальнейшем отменено снижение значения КЧМ, причем если относительно предыдущего показателя во все периоды получено

достоверное снижение ($p < 0,05-0,001$) по обеим группам, то между собой средние значения КЧМ в сроки более 1 года уже особо не различались и были не достоверны ($p > 0,05$). В период более 5 лет наблюдения показатели составляли всего $38,3 \pm 0,13$ Hz после ДСРА и $38,5 \pm 0,12$ Hz после центральных ПСШ.

Выводы. В отдаленный период после ПСШ частота геморрагических осложнений была выше в группе ДСРА, что обуславливало селективный тип декомпрессии, однако летальность на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности была выше в группе больных после центральных ПСШ. Однако это имело принципиальное значение только в период до 1 года наблюдения. В дальнейшем в подавляющем большинстве случаев причиной фатальных исходов была нарастающая печеночная недостаточность, причем с фактически одинаковой частотой после селективных и центральных вариантов ПСШ.

При планировании ПСШ наряду с оценкой угрозы кровотечения из ВРВПЖ, немаловажное значение должно отводиться степени тяжести ПЭ. Одним из объективных критериев оценки наличия и тяжести ПЭ является определение КЧМ при помощи аппарата «HEPAtonomTM – Analyzer». Аппарат позволяет выявить латентную форму ПЭ, а также в зависимости от полученного исходного значения КЧМ (до или более 38 Hz) определить риск предполагаемого вмешательства и соответственно необходимость консервативной терапии для коррекции этого осложнения ЦП.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ И СРОКОВ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Никольский В.И., Климашевич А.В., Розен В.В., Герасимов А.В.

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Одной из актуальных проблем современной абдоминальной хирургии является выбор метода и ведение лечения пациентов с синдромом механической желтухи. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), а так же холедохолитиаз ввиду анатомических особенностей часто осложняются развитием механической желтухи, которая наблюдается в 75–95 % случаев в зависимости от локализации поражения (Ившин В.Г. с соавт., 2003; Савельев В.С., 2004; Гальперин Э.И., Ветшев П.С., 2009).

Цель исследования: обоснование выбора оптимальных методов и сроков билиарной декомпрессии у пациентов с синдромом механической желтухи на этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. На базах центральных районных больниц Пензенской области за период 2010 – 2011 гг. проведены паллиативные малоин-

вазивные оперативные вмешательства (чрескожная чреспечённая холангиостомия) под контролем ультразвука у 28 пациентов с синдромом механической желтухи, возраст пациентов – от 45 до 83 лет, средний возраст составил 64 года, 18 (64,2 %) женщин и 10 (35,8 %) мужчин.

У большинства пациентов не было возможности проведения предоперационной подготовки, в связи с чем им выполняли раннюю декомпрессию желчных протоков – чрескожное чреспеченочное дренирование под контролем ультразвука в течение 24 часов с момента поступления в ЦРБ.

Манипуляцию выполняли под обязательным контролем УЗИ. После выполненной декомпрессии, спустя 6–8 суток пациента переводили в специализированное отделение областной больницы для более углубленного обследования и определения дальнейшей тактики лечения. При отсутствии

противопоказаний к операции старались выполнить радикальное хирургическое вмешательство. При невозможности выполнения радикальной операции использовали малоинвазивные способы лечения стриктур желчных протоков – стентирование нитиоловыми конструкциями.

Результаты и обсуждение. На первом этапе лечения (на базе центральной районной больницы) проводили только наружное дренирование желчных протоков. На 6–8 сутки пациентов переводили в специализированное отделение областной больницы им. Н.Н. Бурденко, на базе которого проводили полную верификацию диагноза. Так у 12 пациентов (42 %) выявлена протяжённая стриктура холедоха неопухолевого генеза, в дальнейшем пациентам выполнены оперативные вмешательства с формированием билиодигестивных анастомозов, у двух пациентов с данной патологией наружное

дренирование осталось безальтернативным выбором лечения. У 10 пациентов (35 %) выявлены опухоли головки поджелудочной железы, данным пациентам было проведено стентирование нитиоловыми стентами. У 6 пациентов (23 %) выявлен холедохолитиаз, данной группе пациентов выполняли ЭРХПГ и ЭПСТ с литэкстракцией.

Выводы. Билиарная декомпрессия у больных с синдромом механической желтухи возможна на первом этапе оказания медицинской помощи (на базе районных больниц), что позволяет снять синдром интоксикации в максимально ранние сроки, уточнить причины возникновения синдрома механической желтухи и выбрать оптимальную тактику лечения больного, а также оптимизировать затраты лечебных учреждений – сократить срок пребывания пациента в специализированном многопрофильном медицинском учреждении.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Муниципальная больница № 1 г. Новотроицк, Оренбургская область, Россия

Неразрешенной проблемой хирургии остается лечение тяжелых форм острого деструктивного панкреатита. Большинство необратимых органических нарушений, резистентных к консервативному лечению, ассоциировано с инфицированием. За 2008–2011 гг. в ГБ №1 находилось на лечении с тяжелым острым деструктивным панкреатитом 65 пациентов. Из них мужчин было 54 (83 %), женщин – 11 (17 %). Средний возраст больных составил $42,8 \pm 13,2$ лет. По этиологии преобладал алкогольный панкреатит – 42 (67,7 %), билиарный – 5 (7,7 %), алиментарный – 14 (21,5 %), идеопатический послеродовый – 2 (3,1 %), посттравматический – 2 (3,1 %). Асептический панкреонекроз наблюдался у 21 пациента (32,3 %), инфицированный – у 44 (67,7 %). В 26 % случаев развилась флегмона забрюшинной клетчатки. Степень тяжести ОП (Ranson) подтверждена у 47 (72,3 %) пациентов. Выраженность местных осложнений оценивалась по данным УЗИ и КТ (Balthazar), C-D тип. Распространенный некроз (> 50 %) выявлен у 26,7 %. Тяжесть состояния оценивали по шкале APACHE II ($10,9 \pm 5,4$). ОП тяжелого течения в 81,5 % осложнился парезом кишечника и в 66 % случаев сопровождался внутрибрюшной гипертензией. Всем больным проводили комплексную медикаментозную терапию – полноценную инфузионную детоксикационную терапию с использованием мощных антибиотиков (карбапенемов), угнетение панкреатической секреции-квamatел и октреотид, парентеральное питание в условиях отделения реанимации на фоне динамического УЗИ/КТ наблюдения. В 32,3 % случаев терапия была успешная.

Сроки оперативного лечения определяли клиническими данными, результатами динамического УЗИ/КТ контроля с чрескожными пункциями. У 20 % выявлено острые скопления жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости. При асептических формах панкреонекроза активно использовали малоинвазивные методы – раннее лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и параколических затеков, абдоминализация железы из мини доступа в сочетании. Проводилось пункционно-аспирационное лечение у 16 больных, в 6 случаях выполнено дренирование полости под УЗ-контролем. Данный метод лечения оказался эффективен у 27,7 %. Применение малоинвазивной технологии в реактивную фазу и фазу ферментной токсемии позволило уменьшить вероятность инфицирования некротизирующего панкреатита. Больные инфицированным панкреонекрозом, после топической диагностики с помощью УЗИ/КТ были экстренно оперированы традиционным способом: проводилась широкая срединная лапаротомия, ревизия, открытое дренирование сальниковой сумки и забрюшинных параколических клетчаточных пространств. Некресекестрэктомию производили на $12,5 \pm 6,0$ сутки. При отсутствии эффекта от лечения и нарастании клиники ПОН, появление новых очагов некроза и отграниченных жидкостных образований – проводились повторные операции. В ходе операции проводили ревизию и выявляли недренированные или неадекватно дренированные гнойно-некротические очаги, выполняли некресекестрэктомию и открытые и полуоткрытые виды дренирования с последующими санациями сальниковой сумки, за-

брюшинного пространства и брюшной полости в программируемом режиме. Традиционная лапаротомия применена в 40 % случаев после первичной лапароскопической санации и была эффективна в 43 %. Срок госпитализации больных с инфицированным панкреонекрозом составил от 14 до 52

дней. Летальность составила 26,7 %. Частые санации наряду с удалением секвестров нередко способствовали возникновению свищей ободочной кишки. При малых отграниченных перфорациях применялась аспирационная система, что позволило добиться закрытия свища у 48 % больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Осокин Г.Ю.¹, Желябин Д.Г.¹, Камалова О.К.¹, Мамалыгина Л.А.¹, Ким Г.Г.²

¹ НУЗ Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на станции Люблино, Москва, Россия

² Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Актуальность. Проблема диагностики и лечения холедохолитиаза, как одного из самых частых осложнений желчнокаменной болезни, остается актуальной и по сегодняшний день, тем более что большинство больных этой группы относятся к категории пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: оценка эффективности различных методов лечения холедохолитиаза у пациентов с взаимоотношающейся сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 44 историй болезни пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в НУЗ ДКБ Н.А. Семашко на станции Люблино в период с 2007 по 2011 гг. Распределение пациентов по полу в исследовании было следующим: мужчин – 12 (27 %), женщин – 32 (73 %).

Возраст больных составил от 20 до 86 лет, средний возраст – 57 лет. Среди пациентов преобладали лица старшей возрастной группы, страдавшие, помимо основного заболевания, сопутствующими, нередко не менее опасными для жизни.

Из сопутствующей патологии у 27 больных выявлена ИБС: гипертоническая болезнь; ожирение 2–3 ст. у 6 пациентов; ОНМК в анамнезе – в 3-х случаях; МКБ, хроническим пиелонефритом страдали 3 пациентов; аневризма брюшного отдела аорты – в 1 случае; у 1 пациентки ранее было выполнено аортально-митральное протезирование; сахарный диабет, тяжелого течения выявлен в 3-х случаях. В зависимости от метода лечения холедохолитиаза, пациенты распределены следующим образом: больные, которым выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией (ПСТ) и одномоментной литэкстракцией – 21 (47,7 %); ЭРХПГ и ПСТ с механической литотрипсией – 5 (11,3 %) пациентов; ЭРХПГ+ПСТ с дистанционной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛ) выполнена 5 (11,3 %) больным, дренирование желчевыводящих протоков под

контролем КТ по Сельдингеру – 4 (9 %) пациента; операция в объеме: холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование по Керу выполнено 7 (15,9 %) пациентам; холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование по Пиковскому – 1 (2,3 %) пациенту, и в 1 (2,3 %) случае выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз.

Результаты и обсуждение. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с ЭПСТ выполнялась под внутривенной анестезией, при невозможности выполнения ЭРХПГ и отсутствии выраженной сопутствующей патологии – проводилось оперативное лечение. Пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при крупном холедохолитиазе и невозможности выполнения литэкстракции или механической литотрипсии, проводили ЭРХПГ с ПСТ и дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ), добываясь фрагментации конкрементов холедоха с последующим удалением фрагментов корзиной Дормиа.

Осложнения наблюдались в 8 случаях: в двух возникло кровотечение после ЭПСТ – остановлено эндоскопически с использованием аргон-усиленной коагуляции, в одном случае после лапароскопической холецистэктомии с дренированием холедоха по Пиковскому, потребовавшее релапароскопии и остановки кровотечения; два случая очагового панкреонекроза; у 2-х пациентов острый отечный панкреатит и у 1 больного развился гнойный холангит. Все эти пациенты пролечены консервативно. В группе пациентов отягощенных сопутствующей патологией, которым проведена ДУВЛ с последующей экстракцией конкрементов, осложнений не наблюдалось.

Выводы. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в сочетании с малоинвазивными эндоскопическими методиками может быть использована в комплексном лечении холедохолитиаза, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ НЕОБРАТИМОЙ ЭЛЕКТРОПОРАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ «NANOKNIFE»

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Пикунов Д.Ю., Нечунаев А.А., Кочиева М.П.

ФНКЦ ФМБА России, Москва, Россия

Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

В последнее десятилетие активно разрабатываются и внедряются различные методики локального воздействия на опухолевые образования печени, являясь предметом изучения во многих хирургических центрах, занимающихся лечением данного контингента пациентов. Методика необратимой электропорации является новой, ранее не применявшейся в РФ, при этом совокупный мировой опыт на сегодняшний день составляет немногим более 500 наблюдений. Необратимая электропорация – новая методика абляции, основанная на создании множественных нанопор в клеточной мембране, что приводит к нарушению внутриклеточного гомеостаза, апоптозу и, в конечном итоге, гибели опухолевой клетки. Мы располагаем опытом применения данной методики у пациентки с аденокарциномой сигмовидной кишки и билобарным метастатическим поражением печени.

Приводим клиническое наблюдение: пациентка Г., 48 лет поступила в хирургическую клинику ФНКЦ ФМБА России 11 апреля 2012 года с диагнозом: рак сигмовидной кишки T4N1M1, mts в правой и левой долях печени. При обследовании: по данным УЗИ и КТ имеются 2 очага в левой доле печени (2–3 сегменты) до 2,5 и 3 см в диаметре и 4 очага в правой доле (5, 6, 8 сегменты) 2, 4, 3, 3,5 см в диаметре. При ФКС стенозирующая опухоль (умеренно дифференцированная аденокарцинома) на расстоянии 25 см от ануса (просвет кишки сужен до 1 см). В общем анализе крови признаки анемии (гемоглобин 95 г/л, эритроциты 3,4 млн.). 13.04.2012 г. выполнена операция – резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в-конец», необратимая электропорация метастазов в печени

системой «NanoKnife» под интраоперационным УЗИ-контролем. Всего использовано 4 электрода. Один из подвергшихся воздействию очагов, располагавшийся поверхностно у края 3 сегмента печени после воздействия резецирован, отправлен на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал гладко. При УЗИ с дуплексным сканированием на 5 сутки после операции в печени определяются: образования повышенной эхогенности с гипоехогенной зоной до 2,5 и 3 см в левой доле; в правой доле печени образования неоднородной эхогенности размерами 2, 4, 3, 3,27 см изоэхогенные. В биохимическом анализе крови в раннем послеоперационном периоде отмечено повышение АЛТ – 213 Ед/л, АСТ – 52 Ед/л; ЩФ – 337 Ед/л. Гистологическое заключение по удаленному участку печени: участки некроза ткани на фоне сохранения гистоархитектоники, по периферии с одной стороны клетки умеренно дифференцированной аденокарциномы. Биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, ЩФ) нормализовались на 8–9 сутки после операции. Пациентка выписана на 11 сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства.

Заключение. Первый опыт применения необратимой электропорации в лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печень позволяет сделать предварительное заключение об эффективности данной методики, ее безопасности и технической простоте выполнения. Необходимо дальнейшее накопление клинического опыта для определения роли и места необратимой электропорации в лечении пациентов с опухолями различной локализации.

**ПАТОМОРФОЛОГИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА:
ТОЛЬКО ЛИ ОБЪЕМ НЕКРОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ?**

Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Артифексова А.А.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,

Нижний Новгород, Россия

Введение. Ранее проведенными исследованиями было показано, что тяжесть течения острого панкреатита (ОП) коррелирует с объемом некроза поджелудочной железы (ПЖ). Однако полиорганная недостаточность (ПОН) и тяжелые местные и системные осложнения развиваются

в ряде случаев и при некрозе менее 30 % паренхимы железы. Возникновение ПОН может быть отсрочено по времени от начала заболевания и не всегда объясняется присоединением инфекции. Существующие знания о морфологии панкреонекроза недостаточны для разрешения имеющихся

противоречий, что послужило основанием для проведения патогистологического исследования, в том числе в режиме *in vivo*.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 9 пациентов с диагнозом некротического панкреатита, находящихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ НО «Городская больница №35» г. Нижнего Новгорода в период 2010–2011гг. Средний возраст составил 52 года (23 – 81), соотношение женщины/мужчины – 1/3. Развитие полиорганной недостаточности (ПОН) в первые сутки болезни имело место у 4-х больных. Летальный исход заболевания был в 7 случаях, в том числе в 5 – в течение 1–2 недели заболевания при явлениях прогрессирующей ПОН и в 2 – спустя 1 месяц от начала заболевания от гнойно-септических осложнений. Образцы для морфологического исследования забирали во время оперативного вмешательства в разные фазы течения заболевания, а также при аутопсии. Интраоперационную биопсию выполняли иглой 18G SPRING CUT STERILAB (Италия) с изменяемой длиной биопсийного окна 4 – 14 мм. Гистологические препараты изучали методом световой микроскопии (BIOLAM Reichert – Jung x400), применяли окраску гематоксилином и эозином.

Результаты. У самой тяжелой группы больных, оперированных вынужденно при явлениях некупируемой ПОН (летальный исход в течение 1 недели), в биоптатах во всех полях зрения наблюдали некроз. Местно макрофагально-лейкоцитарная реакция была выражена слабо. У менее

тяжелых пациентов без ПОН или при быстром купировании последней в течение 1–2 суток наряду с некрозом в препаратах определялись участки сохранившейся паренхимы ПЖ, перифокальная воспалительная инфильтрация. В реактивную фазу в морфологической картине присутствовали фактически все основные феномены: некроз, воспаление, малоизмененная ткань ПЖ, фиброз. В ПЖ больного, погибшего от гнойно-септических осложнений через 2 месяца от начала заболевания, зоны функционирующей паренхимы чередовались с участками фиброза, умеренно выраженной воспалительной инфильтрацией и мелкими очагами некрозов.

Выводы. Большой объем некроза ПЖ предопределяет тяжелое течение панкреатита. Наличие сохранных участков паренхимы с одной стороны имеет положительное значение, с другой – в этих зонах продолжается повреждение панкреатоцитов, поддерживающее дальнейший выброс цитокинов и проградентное развитие болезни. Местная воспалительная реакция играет важную роль в отграничении процесса и предотвращении системных проявлений заболевания. Одновременное существование некроза, повреждения, воспаления, фиброза в их взаимосвязи и различной степени выраженности у конкретного больного может способствовать развитию осложнений как локального, так и системного характера. Для уточнения клинико-морфологических вариантов ОП необходимо проведение детальных морфометрических исследований на обширном материале.

АНТРОПОЛОГИЯ В ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, КАК ПРИЧИНА БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Пахомов К.Г., Шутов Ю.М.

ГБОУВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия

Цель исследования: на основе анатомопатологического строения организма человека разработать топографоанатомические критерии, являющиеся определяющими в причинах возникновения билиарного панкреатита; на разработанных алгоритмах улучшить диагностику, прогнозирования течения билиогенного панкреатита и оптимизировать методы лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Антропометрические, секционные, морфометрические, патогистологические. Трупы различного типа телосложения по 30 в каждой группе. Клинический материал – 120 больных с острым билиарным панкреатитом. Основная и сравнительная группы. Это пациенты с различным типом телосложения – по 40 больных. Исследования – антропометрические, лабораторные, ультразвуковые.

Результаты. Острый билиогенный панкреатит свойственен людям брахиморфного типа телосложения, у которых общий желчный проток имеет горизонтальное направление, он короткий 6–8 см, ретродуоденальная и интрапанкреатическая часть всего 2–3 см, имеет общую ампулу с Вирсунговым протоком. Все это способствует, особенно при наличии конкрементов, забросу желчи в проток поджелудочной железы. В этих случаях наиболее часто возникают билиарные панкреонекрозы. При долихоморфном типе телосложения общий желчный проток имеет почти вертикальное положение и длину до 12 см, имеется протяженный интрамуральный отдел общего желчного протока до 5–6 см. Длительная протяженность соприкосновения патологически измененного терминального отдела общего желчного протока с ацинарной тканью

железы вызывает хроническое воспаление в виде головчатого биллиогенного панкреатита.

Выводы. Учитывая данные антропометрии, в связи с этими особенностями топографоанатомического соотношения внепеченочных желчевыводящих путей и поджелудочной железы у

людей различного типа телосложения, нам удалось значительно улучшить диагностику биллиарного панкреатита, прогнозирования его течения и определить хирургическую тактику, в связи с этим снизить количество диагностических ошибок в 1,5 раза и уменьшить количество осложнений в 2 раза.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Пельц В.А., Краснов К.А., Аминов И.Х.

МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Актуальность. Традиционно в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени предпочтение отдается лапаротомным способам, с выполнением таких травматичных вмешательств как перицистэктомия, анатомическая резекция печени. Количество неудовлетворительных ближайших результатов этих методов лечения, таких как летальность и высокий процент осложнений не могут быть оставлены без внимания. Силами сотрудников Кузбасского Областного гепатологического центра внедрен в практическую деятельность способ видеолапароскопической эхинококкэктомии, ближайшие результаты были изучены и проанализированы.

Материалы и методы. В 2011 году в условиях отделения печеночной хирургии МБУЗ ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского были оперированы 6 пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени в 2 случаях имело место поражение левой доли печени, в 4-х случаях была поражена правая доля печени, размеры паразитарных кист были до 10 см. Все пациенты были женского пола, в возрасте от 21 до 64 лет. Обследование больных было стандартным и включало общеклинические и биохимические анализы, исследование крови на реакцию агглютинации с латексом, ультразвуковое обследование, компьютерную томографию органов брюшной полости с болюсным контрастированием. Лечение осуществлялось с соблюдением принципов апаразитарных и антипаразитарных мероприятий. Средняя продолжительность операции составила $68,2 \pm 18,1$

минут. Во время операции производили вскрытия и санацию паразитарных кист, обработку фиброзной капсулы паразитарных кист производили во время операции путем введения 30% раствора хлорида натрия или 80% раствора глицерина. Выполняли наружное дренирование остаточных полостей кист. Препарат извлекали из брюшной полости в пластиковом контейнере через минилапаротомию в области пупка. В послеоперационном периоде все больным была назначена специфическая противопаразитарная терапия альбендазолом в дозе 10 мг/кг массы тела в течение 21 дня 3 раза в год под контролем общего и биохимического анализов крови.

Результаты. Послеоперационный период у больных, перенесших лапароскопическую эхинококкэктомия, протекал без осложнений. Страховые дренажи были удалены в обычные сроки. Пареза кишечника отмечено не было. Со вторых суток после операции больные возвращались к привычному для них режиму питания и объёму физической активности. Все больные были выписаны амбулаторно на 3 сутки после операции.

Выводы. Первый опыт применения лапароскопических технологий при хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени свидетельствует о том, что данное вмешательство является хорошей альтернативой традиционным, лапаротомным способам лечения и обеспечивает раннюю реабилитацию пациентов, а также удовлетворительный косметический эффект.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕЗЕКЦИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Петров Р.В.¹, Щастный А.Т.^{2,3}, Кугаев М.И.^{2,3}, Егоров В.И.¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

² Витебский областной научно-практический центр, Витебск, Беларусь

³ Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Введение. Операция Бегера и ее Бернский вариант применимы при локализации воспалительного массива в головке поджелудочной железы. Выраженная портальная гипертензия усложняет

пересечение железы. Когда операция Бегера выполняется, это способствует декомпрессии воротной вены. В других ситуациях пересечение поджелудочной железы является опасным техническим этапом,

ведущим к жизнеугрожающим последствиям, что отдает предпочтение выполнению Бернской модификации. Выбор объема вмешательства, сочетающего безопасность и обезболивающий эффект, остается предметом для дискуссии.

Цель исследования: сравнить эффективность дуоденумсохраняющей субтотальной резекции головки поджелудочной железы с пересечением перешейка над воротной веной (операция Бегера) и без него (Бернский вариант операции Бегера).

Материалы и методы. Проведено проспективное двухцентровое нерандомизированное исследование. 52 пациента с хроническим панкреатитом оперированы по одной из двух изучаемых методик с 2009 по 2011. Демографические и клинические параметры одинаковы в обеих группах. Операция Бегера («Бегер») выполнена 24 пациентам, Бернский вариант («Берн») 28 больным. Изучены непосредственные результаты: кровопотеря, гемотрансфузия, уровень осложнений, реанимационный и послеоперационный койко-день. Качество жизни и уровень боли удалось оценить у 23 больных в группе «Бегер» и 25 пациентов в группе «Берн» через 12 месяцев после вмешательства с помощью опросника RAND-SF 36 и числовой рейтинговой шкалы боли. Определены изменение ИМТ, набор веса, количество случаев сахарного диабета и экзокринной недостаточности в отдаленном периоде.

Результаты. Средняя продолжительность операций Бегера и Бернского варианта составила 311 (64) мин и 249 (79) мин, $p = 0,003$, соответственно. Интраоперационная кровопотеря одинакова в обеих группах: 500 (225–1300) при операции Бе-

гера и 250 (200–350) при Бернской модификации, $p = 0,1848$, но объем гемотрансфузии значимо выше при выполнении венолиза: 390 (0–1500) против 0 (0–1000), $p = 0,0141$. Уровень осложнений равен значен в группах сравнения – 41 % после «Бегера» и 21 % после «Берн», $p = 0,1238$. Продолжительность лечения в отделении реанимации значимо больше после операции с пересечением железы: 3 (2–5) по сравнению с 2 (1–3), $p = 0,0183$, а послеоперационный койко-день – 20 (15–28) и 15 (12–20), $p = 0,0126$ соответственно. Летальность составила 0,02 (1 человек умер от пилефлебита) в группе «Бегер». У одного пациента в группе «Берн» развился рак головки – тела поджелудочной железы, что потребовало выполнения тотальной дуоденопанкреатэктомии через 10 мес. после первой операции. Качество жизни по всем шкалам опросника RAND-SF 36 и обезболивающий эффект через 1 год после вмешательства в обеих группах. Увеличение массы тела составило в группе «Бегер» 8,3 (7–9,5) кг и 9,5 (7,4–11,6) кг в группе «Берн». Зарегистрировано по 3 новых случая диабета в каждой группе, а также 2 и 4 случая клинически манифестной стеатореи.

Выводы. Бернский вариант обладает равной эффективностью по сравнению с оригинальной операцией Бегера. Меньший объем гемотрансфузии и времени пребывания в стационаре делает ее более выгодной в отношении ведения больных в раннем послеоперационном периоде. Бернский вариант операции Бегера может и должен входить в ряд базовых вмешательств при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы в специализированных отделениях.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Винница, Украина

Цель исследования: оценить эффективность применения силикса при пункционно-аспирационном методе лечения нагноившихся эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. За период с 1975 по 2011 гг. лечилось 19 больных с нагноившимися эхинококковыми кистами печени путем чрезкожного пункционного дренирования с применением сорбента силикса. Дооперационная диагностика эхинококковых кист печени включала УЗИ, ФГС, КТ.

Результаты. Размеры кист были не более 14 см с объемом до 860 мл. Клиническая картина проявлялась тяжелым состоянием больных, которое ограничивало применение традиционного хирургического лечения. Чрезпеченочная пункция выбиралась с учетом локализации эхинококковых кист через слой паренхимы печени. Дренирование эхинококковой полости кисты выполнялось тро-

акарным способом первичного доступа в полость кисты с использованием герметичной системы стилет – катетер. Через катетер вначале выполняли аспирацию основной массы жидкого содержимого кисты и вводили 5% взвесь силикса, объем которой составлял до 1/3 количества удаленной жидкости. Затем полость кисты неоднократно промывали до чистых промывных вод, после этого заполняли полость 10% взвесью силикса. Через 6–24 часа повторяли введение силикса в зависимости от количества и характера выделяемой жидкости и состояния пациента. Благодаря высокой осмотической активности сорбента силикса осуществлялось быстрое отмывание стенок полости (а.с. 1165400). Кроме того, реализовывалась детоксикация содержимого полости кисты, денатурация белковых соединений, бактериостатическое действие силикса на микроорганизмы. Этим обеспечивался

противомикробный, противопаразитарный и анти-аллергический эффект процедуры (А.с. № 1832030). Дренирование и промывание полости кисты проводилось в течение 7–23 суток в зависимости от быстроты ликвидации гнойно-воспалительного очага в полости кисты. В процессе лечения проводился цитологический, рентгенологический и бактериологический контроль. Сообщение эхинококковой кисты с протоковой системой печени было выявлено только у одного больного. Силикс за счет некротического действия обеспечивал разрушение внутреннего слоя хитиновой оболочки с одновременным уничтожением и фрагментацией имеющихся протосколексов, что подтверждалось результатами цитологического исследования (а.с. 1153900). При отсутствии признаков воспаления остаточной полости и уменьшении ее размеров до 3–5 см дренирование прекращали. Применение силикса не сопровождалось повреждающим действием на эпителий желчных протоков при сообщении с ними полости кисты и не приводило в дальнейшем

к развитию склерозирующего холангита. Кроме того, не было выявлено при применении препарата аллергической реакции. Отдаленные результаты в лечении нагноившихся эхинококковых кист после катетеризации полости кисты и промывания ее взвесью силикса оказались хорошими у 6 больных и удовлетворительными у 13 пациентов. Рецидивов заболевания не выявлено. В структуре печени на месте бывшей локализации нагноившихся эхинококковых кист выявлены солидные структуры до 2–3 см в диаметре.

Выводы.

1. Промывание нагноившихся эхинококковых кист печени силиксом через постоянный дренаж является альтернативным способом санации.
2. Предложенный способ при его выполнении обеспечивает безопасность процедуры для пациента, быстрый регресс воспалительного процесса, разрушает герминативный слой оболочки кисты и протосколексов, что обеспечивает быстрое выздоровление пациента.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования: изучить результаты применения максимально ранней патогенетически обоснованной комплексной терапии, направленной на подавление бактериальной флоры (БФ) и прерывание и ограничение развития деструктивного процесса в поджелудочной железе (ПЖ).

Материалы и методы. С 1969 по 2011 гг. наблюдали 879 больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) в возрасте 18–78 лет. Мужчин было 489 (55,6 %), женщин – 390 (44,4 %). Для профилактики инфицирования асептического деструктивного панкреатита применяли внутримышечное (ВМ), внутривенное (ВВ), эндолимфатическое (ЭЛ) и внутривенное (ВЖ) введение антибактериальных препаратов (АП). Наряду с применением АП, важное значение придавали использованию метронидазола. У больных с тяжелой формой ОДП в случаях развития полиорганной недостаточности и динамической кишечной непроходимости, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) становится основным источником (с током лимфы и крови) инфицирования очагов деструкции ПЖ. Производили ВЖ введение АП, которое позволило в определенной мере блокировать развитие БФ в верхних отделах ЖКТ, что дало возможность перекрыть транспротоковый путь инфицирования очагов некроза ПЖ. Особое значение в профилактике инфицирования ОДП имеет вид разгерметизации протоковой системы ПЖ. В случаях разгерметизации задней поверхности ПЖ ведущая роль введения АП принадлежит ЭЛ введе-

нию, что позволило блокировать развитие микрофлоры и профилактировать развитие флегмон в забрюшинном пространстве (ЗП). Внутривенное введение АП направлено на борьбу с микрофлорой, поступающей в кровяное русло из кишечника и других источников, что профилактирует и оказывает лечебное действие на возникшие очаги гнойного поражения в ПЖ и ЗП. Для профилактики ИАП были использованы методы введения АП в комплексе.

Результаты. Проведенный анализ введения АП показал, что в развитии гнойных осложнений (ГО) важную роль имеет тяжесть течения ОДП.

При легком течении заболевания ГО не наблюдали независимо от методов введения АП (312 больных – 35,5 %).

У больных со средним и тяжелым течением заболевания выявлена зависимость от сроков начала лечения ОП. У 361 (41,1 %) больного, которые поступили в клинику в первые 6–12 часов со средней тяжестью заболевания, комплексное лечение выполняли в ранние сроки, частота ГО достигала 8,2 %. В группе пациентов с госпитализацией после 24 часов ГО выявлено у 28,3 %. Дополнение к ВВ введению АП энтеральным уменьшало число осложнений у больных с ранней госпитализацией до 3,2 %, а с поздней – до 10,8 %. При тяжелом течении ОП и более распространенными деструктивными изменениями у 206 (23,4 %) пациентов применяли только парентеральное введение АП, число ГО с ранними сроками госпитализации достигало

28,3 %, а при поздних сроках госпитализации у 120 пациентов – 65,6 %. Применение всех четырех методов введения АП позволило снизить частоту ГО у больных с тяжелым течением ОП при ранней госпитализации до 8,6 %, а у больных с поздней госпитализацией до 24,5 %.

Выводы

1. Лечение больных с ОП должно быть комплексным и включать с первых часов заболевания

профилактическое применение АП, путем ВМ, ВВ, ЭЛ и ВЖ введением, а также препаратами, которые обеспечивают подавление секреторной функции ПЖ и ограничивают деструктивные изменения паренхимы органа.

2. Комплексная консервативная терапия ОДП включала строгое соблюдение голода, сроки которого определяются степенью тяжести заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «ЦИТО-ЭКСПЕРТ»

Пономарев А.Ю., Загородских Е.Б., Черкасов В.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Лечение острого панкреатита на сегодняшний день остается актуальной хирургической проблемой, что обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью и длительностью течения, не снижающимся уровнем летальности в случаях инфицированных форм. Панкреонекроз, как воспалительное заболевание сопровождается эндогенной интоксикацией. Эндогенная интоксикация сложно поддается клиническому и лабораторному контролю. На кафедре госпитальной хирургии Пермской государственной медицинской академии им. акад. Е.А. Вагнера для определения интоксикации у больных острым панкреатитом используют метод микроэлектрофореза, для проведения которого применяют комплекс «Цито-Эксперт» (Ижевск). В доступной нам литературе исследований состояния электрофоретической подвижности эритроцитов при острых воспалительных заболеваниях живота не встретили.

Задачи исследования:

1. Обоснование возможности косвенной оценки степени эндотоксикоза у больных панкреонекрозом.

2. Оценка типовых показателей электрокинетического анализа живых клеток (эритроцитов), как критерия тяжести состояния больных панкреонекрозом.

3. Оценка возможности применения диагностического комплекса «Цито-Эксперт» для определения тяжести состояния больных острым деструктивным панкреатитом.

Состояние мембран эритроцитов отражает состояние гомеостаза, и любое внешнее влияние, в том числе экзо- и эндогенная интоксикация, сказывается на витальных функциях клеток. Основным теоретическим постулатом, обеспечившим практическую возможность проведения данного исследования, явилось наличие у любой живой клетки собственного электрического потенциала, отсутствующего у клетки погибшей. Амплитуда колебаний каждого заряженного объекта в однородном электрическом поле пропорциональна его статическому электрическому заряду. Таким образом, при компьютерной

обработке в автоматизированном варианте с использованием комплекса «Цито-Эксперт» осуществляются режимы оценки динамических параметров движения клеточных структур.

Материалы и методы. Обследовано 15 больных с острым панкреатитом тяжелого течения, находившихся на лечении в ГУЗ Пермской краевой клинической больницы в 2011 году. Отбор пациентов для исследования проводился в соответствии с классификацией острого панкреатита (Атланта, 1992), в сроки не позднее 10 суток с момента начала заболевания.

Среди обследованных было 12 (80 %) мужчин и 3 (20 %) женщин. Возраст больных варьировал от 19 до 80 лет. Электрофоретическую подвижность эритроцитов исследовали комплексом «Цито-Эксперт». При компьютерной обработке в автоматизированном варианте с использованием комплекса «Цито-Эксперт» осуществлялась оценка амплитуды колебаний клеток. Для сравнительной оценки тяжести состояния больных и установления эффективности диагностической возможности метода использовали подсчет уровня тяжести состояния больных по шкале SAPS II.

Результаты и обсуждение. У каждого больного было выполнено два исследования: при поступлении и через 7 дней. В одно исследование оценивалось 9 полей зрения (всего выполнено 270 исследований, в соответствии с параметрами, заданными оригинальной программой). Амплитуда колебаний живых клеток: $27,5 \pm 2,0$ до начала лечения и $32,3 \pm 1,9$ через недельный промежуток, (коэффициент Wilcoxon $p < 0,0008$). Изменение шкалы SAPS II в этот временной промежуток составил: $20,7 \pm 2,3$ и $16,0 \pm 1,6$ соответственно, (коэффициент Wilcoxon $p < 0,007$).

Выводы. Определение тяжести эндотоксикоза с помощью комплекса «Цито-Эксперт» является достоверным и высокочувствительным методом, при этом не обременительным для больного и малозатратным экономически.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.
НОВЫЙ ВАРИАНТ ПАНКРЕАТИКОХОЛЕДОХОЕЮНОСТОМИИ**

Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П.

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Екатеринбург, Россия

ГБУЗ Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Одной из нерешенных проблем хирургического лечения индуративного панкреатита является значительный риск стенозирования панкреатических сустьей, особенно в области головки поджелудочной железы (ПЖ). В области головки вирсунгов проток располагается в глубине ткани паренхимы, ближе к ее задней поверхности. Условий для точного сопоставления стенок протока ПЖ со слизистой оболочкой кишки при выполнении классической операции Рустова-І, как правило, не возникает.

Операции Бегера и Фрея создают несколько более благоприятные условия для прецизионного анастомозирования. Однако их реализация требует резекции поджелудочной железы.

В этой связи определенный интерес представляет операция В.Н. Клименко с соавт. – тотальная продольная панкреатикохоледоходуоденоюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. Рассечение всего панкреатического протока через дуоденотомию и большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК) раскрывает ткань головки ПЖ до вирсунгова протока «как книгу», что позволяет точно сопоставить слои анастомозируемых структур.

Однако, обширное соустье, объединяющее двенадцатиперстную кишку (ДПК) с сохраненным пищевым пассажем, холедох и протоковую систему ПЖ с тощей кишкой в случае несостоятельности

швов таит в себе существенный риск тяжелых и неконтролируемых осложнений.

Нами предложена модификация операции В.Н. Клименко с соавт., также включающая в себя тотальную вирсунготомию через дуоденотомный разрез и БСДК. Отличие заключается в том, что затем дуоденотомный разрез ушиваем в поперечном направлении наглухо с полной ликвидацией БСДК. Панкреатикохоледохоеюноанастомоз с выключенной по Ру петле тощей кишки формируем отдельно от просвета ДПК с точным сопоставлением слизистых оболочек кишки и обоих протоков. Слепой конец выключенной по Ру петли тощей кишки трансформируем в инвагинационную еюностому и дренируем через нее панкреатический и желчный анастомозы.

В результате вмешательства могут быть ликвидированы стриктуры вирсунгова протока и дистального отдела холедоха с использованием возможностей прецизионного соединения тканей и сохранением всей паренхимы поджелудочной железы. После вмешательства остается ушитая в поперечном направлении рана ДПК и хорошо зарекомендовавшие себя в клинической практике имплантации общего желчного и главного панкреатического протоков в выключенную по Ру петлю тощей кишки. Дополнительным достоинством данного вмешательства является относительно низкий риск неконтролируемых абдоминальных осложнений.

**КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ КАК СПОСОБ
ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Расулов Н.А., Курбонов К.М.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Введение. Формирование конкрементов в желчном пузыре – длительный и многостадийный процесс, при котором камнеобразование происходит на фоне нарушений липидного обмена. Следует при этом отметить, что на фоне воспалительных заболеваний терминального отдела подвздошной кишки на почве недостаточности баугиниевой заслонки, либо обширной резекции этого участка тонкой кишки нарушается энтерогепатическая циркуляция желчных кислот нередко приводящей к рецидиву камнеобразования.

В связи с этим своевременная коррекция недостаточности баугиниевой заслонки и воспалительных заболеваний терминального отдела тонкой кишки при желчекаменной болезни зна-

чительно улучшает результаты хирургического лечения.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с калькулезным холециститом.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 148 больных с калькулезным холециститом. Мужчин было 48 (32,43%), женщин – 100 (67,57%). Возраст больных варьировал в пределах от 24 до 72 лет. Также установлено, что из 148 больных 63 страдали различными воспалительными заболеваниями тонкой и толстой кишки и неоднократно лечились у гастроэнтеролога.

Для диагностики калькулезного холецистита и сопутствующих заболеваний больным проводили:

эндоскопическое, рентгенологическое и ультразвуковое исследование, по показаниям проводили колоноскопию и ирригоскопию, а также клинико-лабораторные исследования. Всех 148 больных распределили на 2 группы. В первую группу включили 70 (47,3 %) больных, которым проводилось обычное исследование и хирургическое лечение калькулезного холецистита. Во вторую (основную) группу включены 78 больных, которым наряду с холецистэктомией проводилось коррекция недостаточности баугиниевой заслонки.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты показывают, что при детальном обследовании больных основной группы – 52 из них наряду с типичными жалобами желчекаменной болезни, предъявляли жалобы на боли внизу живота, поносы, чередующейся запорами. У 21 больного отмечали боли в живота и наличие неустойчивого стула.

При ирригоскопии у 46 больных с калькулезным холециститом наблюдали свободное поступление контрастного вещества на значительном протяжении в тонкую кишку. У 32 больных при этом наблюдалось расширение петли тонкой кишки.

Во время выполнения холецистэктомии у 48 больных производили соответствующую коррекцию недостаточности баугиниевой заслонки путем пластики илеоцекального клапана без вскрытия просвета пищеварительного тракта.

Контрольные исследования показали, что выполнение пластики илеоцекального клапана создает структуру анатомически и функционально выгодную, препятствующей в дальнейшем регургитации толстокишечного содержимого в тонкую кишку как причины нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот, дисбактериоза и т.д.

В ближайшем и отдаленном периоде после выполнения корригирующих вмешательств число хороших и удовлетворительных результатов составило 96,3 %, тогда как этот показатель у больных контрольной группы составил 89,8 %.

Заключение. Своевременная ранняя диагностика и патогенетически обоснованная коррекция недостаточности баугиниевой заслонки при калькулезном холецистите способствует уменьшению частоты развития постхолецистэктомического «рефлюкс-энтерита» в отдаленном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКАХ

Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р., Адылходжаев А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В связи со скудностью клинических данных, а также с трудностью ранней диагностики злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков, радикальная операция к моменту установления диагноза возможна лишь у 16–25 % больных. Так, с появлением механической желтухи, снижения веса, пациенты живут в среднем 6 – 8 месяцев. При этом продолжительность жизни зависит от причины желтухи, её длительности, морфологической принадлежности опухоли. В связи с чем, биопсия желчных протоков с целью определения природы заболевания и решения дальнейшей тактики является актуальной проблемой современной хирургии и онкологии.

Цель исследования: в сравнительном аспекте определить возможность антеградной щипцевой, браш и пункционной биопсии в диагностике опухолей проксимальных желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Проанализированы результаты эндобилиарных вмешательств у 36 больных с проксимальной опухолевой обструкцией желчных протоков, осложненной механической желтухой в возрасте 45 – 76 лет. Длительность желтухи была от 20 суток до 3 месяцев, при этом уровень сывороточного билирубина был 100 – 450 мкмоль/л. В постановку диагноза были включены данные анамнеза, лабораторных показателей крови, ультразвуковая сонография, мультислайсная компьютерная томография и магнитная холангиография.

Лечебный этап был двух этапным. Первым этапом всем больным была выполнена чрескожная чреспеченочная холангистомия. После купирования механической желтухи и улучшения соматического состояния пациентов с целью определения морфологической структуры опухоли в диагностический этап включали антеградную щипцевую, браш и пункционную биопсию желчных протоков.

Исследования выполнялись в рентгеноперационной под контролем рентгена и УЗИ аппаратов в положении лежа пациента после предварительной премедикации больного натошак. Забор биоптатов производились через холангиостомическую трубку из участка блока. Щипцевую биопсию выполняли путем забора участка опухолевой ткани. Браш биопсия – забор тканей микрощеткой путем 4–5 кратным вращательным движением. Пункционная – забором биоптата биопсийной иглой 18 F.

Результаты. В 16 случаях была выполнена щипцевая биопсия опухоли, у 10 больных – браш-биопсия опухоли; а у 10 – пункционная биопсия.

Результат гистологии показал, что среди опухолей преобладали аденокарциномы различной степени дифференцировки, холангиокарциномы, плоскоклеточный рак.

При этом наилучшие результаты были в группе больных, которым была произведена щипцевая биопсия, в 14 случаях подтвердившая злокачествен-

ную природу заболевання. В 2-х случаях результат гистологии был отрицательный. Однако в последующем, при быстром прогрессировании заболевании и повторном анализе был подтвержден рак проксимальных желчевыводящих протоков.

9 больным при браш-биопсии удалось установить злокачественную природу заболевання при первом заборе тканей. В 1 случае диагноз удалось подтвердить после повторного забора биоптата из другого участка.

Наихудшие результаты были в группе, которым была выполнена пункционная биопсия. При этом лишь в 6 случаях верифицирован рак проксимальных желчевыводящих протоков. В 2-х наблюдениях

диагноз не был подтвержден, хотя заболевание прогрессировало. У 2-х больных потребовалась щипцевая биопсия, которая в последующем позволила подтвердить диагноз.

Заключение. С целью определения природы опухоли в диагностике опухолей проксимальных желчевыводящих протоков целесообразно выполнение тканевой биопсии.

При этом наилучшие результаты после ранее выполненных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств наблюдается в группе больных, которым произведена щипцевая биопсия, далее в группе больных с браш-биопсией, а наихудшие – при пункционной биопсии

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ И ОТГРАНИЧЕННОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОМ И ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ

Ращинский С.М.^{1, 2}, Третьяк С.И.¹, Баранов Е.В.¹, Ращинская Н.Т.², Боровик Е.А.^{1, 2}

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования: около одной трети случаев острого панкреатита (ОП) и практически каждый десятый случай обострения хронического панкреатита (ХП) протекают по типу некротизирующего процесса (НП), который затрагивает ткань поджелудочной железы (ПЖ) и жировую ткань перипанкреатических клетчаточных пространств. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы о характере и сроках оперативных вмешательств у этой группы больных.

Материалы и методы. В период с 2007–2011 гг. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 58 пациентов, у которых имелись признаки отграниченного инфицированного НП в различные сроки с момента проявления ОП или обострения ХП. Проанализированы результаты лечения 39 больных, которым выполняли дренирующие операции под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) и 19 пациентов, у которых после секвестрнекрэктомии выполнены различные виды внутренних дренирующих операций (цистогастростомия в 8 случаях и цистоеюностомия – у 11 пациентов).

Результаты. В первой группе, состоящей из 39 больных, размеры очагов некроза с наличием жидкостного компонента и секвестров были более 6 см, имели место симптомы некупирующейся полиорганной дисфункции (ПД). Однако сроки появления симптомов НП были менее 4–6 недель, и результаты исследований показывали отсутствие четко сформированной грануляционной капсулы. В связи, с чем всем пациентам выполнено наружное дренирование под контролем УЗИ. Эффективность этого вмешательства оценивалась по степени ком-

пенсации ПД в течение последующих 3 дней. У 8 пациентов потребовалось дополнительное дренирование очага НП под контролем УЗИ. В отдаленном периоде у 51 % больных отмечены наружные панкреатические свищи, которые в различной мере снижали качество жизни пациентов перенесших НП.

Основным отличительным признаком во второй группе было присутствие фиброзной оболочки, ограничивающей НП в срок заболевання, превышающий 6 недель. Очаг НП у 8 больных располагался в зоне перешейка и проксимальной трети ПЖ, сальниковой сумке. У всех пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся болевой синдром, и были признаки кальцификации и фиброза ткани ПЖ. В этой группе больных после выполнения некрсеквестэктомии из полости НП было произведено наложение цистогастроанастомоза (ЦГА) диаметром не менее 3 см. У 11 пациентов очаг НП располагался в проекции дистальной части тела либо хвоста ПЖ и прилежащих к ним отделам перипанкреатической клетчатки. В связи с зоной локализации НП, после выполнения некрсеквестэктомии было произведено наложение цистозентероанастомоза (ЦЭА) на петле по Ру. У всех наступило стойкое купирование болевого синдрома и улучшение показателей качества жизни.

Выводы. Наружное дренирование под контролем УЗИ целесообразно применять у пациентов с НП в сроки до 4–6 недель при наличии признаков ПД, что улучшает прогноз течения НП. При наличии НП с фиброзной оболочкой целесообразно выполнение некрсеквестрэктомии с последующим ЦГА или ЦЭА-вариант, выполнения которой зависит от зоны локализации НП.

**НОВЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Ревель-Муроз Ж.А., Совцов С.А.

ГБУЗ ЦОСМП «Челябинский государственный институт лазерной хирургии», Челябинск, Россия

Цель исследования: разработка нового малоинвазивного метода лечения хронического фиброзирующего панкреатита путем лазерной туннелизации поджелудочной железы для её реваascularизации и стимуляции процессов регенерации.

Материалы и методы. Оперирован 31 больной хроническим фиброзирующим панкреатитом, из них 16 (52 %) мужчин и 15 (48 %) женщин. Алкогольный панкреатит диагностирован у 14 (45 %) больных, билиарный – у 8 (26 %), идиопатический – у 9 (29 %), возраст пациентов варьировал в пределах от 23 до 71 года, медиана – 51 (40; 58). Длительность заболевания от 6 месяцев до 15 лет, медиана 4 (1; 6) года, частота тяжелых приступов потребовавших госпитализации от 2 до 6 в год. У всех пациентов отмечался стойкий болевой синдром, с незначительным эффектом от консервативной терапии.

Всем больным в предоперационном периоде выполнено общеклиническое исследование, исследование амилазы крови, α -амилазы мочи, глюкозы крови и С-пептида. Также было выполнено УЗИ печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы, ФГДС, для исключения язвенной болезни и патологии большого дуоденального соска.

Доступ к поджелудочной железе осуществляли через печеночно-желудочную и диафрагмально-желудочную связки из мини лапаротомного верхне-срединного разреза. При помощи кварцевого лазерного световода на передней поверхности головки, тела и хвоста поджелудочной железы в шахматном порядке выполняли лазерные туннели на глубину 1–1,5 см, брали биопсию железы. В сальниковую сумку на 2-е суток устанавливали дренаж. Швы снимали на 7-е сутки при выписке. Каких либо ос-

ложнений в ближайший и отдаленный период после лазерной туннелизации не наблюдалось, летальных исходов не было. При исследовании эндокринного статуса поджелудочной железы отклонений от нормы не наблюдалось.

Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов изучены в сроки от 6 мес. до 7 лет. Хорошие результаты получены у 87 % больных, у них не было отмечено рецидива болевого синдрома.

У 13 % оперированных больных возник рецидив болевого синдрома после злоупотребления алкоголем, в сроки от 6 до 8 мес., что потребовало госпитализации и проведения инфузионной консервативной терапии.

Для оценки качества жизни, связанного с основным заболеванием, был использован специализированный опросник GSRS, для исследования общего здоровья использовалась адаптированная методика SF-36. Сравнение изучаемых показателей до операции и через 6 месяцев после операции показало статистически значимое снижение болевого синдрома, желудочно-кишечных симптомов, улучшение качества жизни больных после операции по всем шкалам ($p < 0,05$), это свидетельствовало об улучшении общего состояния пациентов, функции поджелудочной железы и достаточно хорошем лечебном эффекте выполненной операции.

Выводы. Результаты лазерной туннелизации поджелудочной железы свидетельствуют об эффективности предлагаемой методики лечения пациентов хроническим фиброзирующим панкреатитом. Одним из важных моментов оперативного лечения является купирование болевого синдрома у этих больных и улучшение качества жизни.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Рыбачков В.В., Уткин А.К., Дубровина Д.Е., Уткина А.А.

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Ярославль, Россия

Лечение больных деструктивным панкреатитом остается одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии. Затруднения возникают уже на этапах диагностики, определения клинико-анатомической формы заболевания, и его осложнений. В диагностике деструктивного панкреатита одним из наиболее достоверных и информативных методов является лапароскопия.

Цель исследования: улучшить результаты лечения деструктивного панкреатита на основании изучения результатов проведения лапароскопии и оценки ее эффективности.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии за 2000–2011 годы находилось на лечении 2363 больных с острым панкреатитом. Из них 18,6 % случаев составляли деструктивные формы панкреатита. Диагноз деструктивного панкреатита

ставился на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований. Ультразвуковыми показателями деструкции являлись: увеличение поджелудочной железы, признаки ферментативного перитонита, парез кишечника, наличие жидкостных образований и вовлеченность забрюшинной клетчатки. При наличии признаков деструкции поджелудочной железы и при прогрессировании этих изменений выполнялась лапароскопия, которая в большинстве случаев являлась одновременно диагностическим и лечебным мероприятием.

Результаты. Лапароскопическое исследование выполнено у 391 (16,5 %) больного в возрасте от 18 до 85 лет, преимущественно мужчинам – 258 (65,9 %). В подавляющем большинстве случаев лапароскопия была выполнена в течение первых суток от момента поступления в стационар – 53,7 % больных, и только 10,5 % спустя 5 суток пребывания в стационаре. Во время выполнения лапароскопии отечная форма выявлена у 72 (18,4 %) больных, жировой панкреонекроз имел место в 22,8 % случаев, геморрагический – в 31,9 %, смешанная форма обнаружена у 94 (24 %). Жидкостные образования сальниковой сумки обнаружены у 12 (3,06 %) больных. При наличии стерильного панкреонекроза с объемом перитонеального выпота 300 мл и более у больных выполнено дренирование брюшной полости, а у 6 больных и сальниковой сумки. При

инфицированном панкреонекрозе, который был диагностирован у 11 (2,81 %) больных, выполнялась экстренная лапаротомия с дренированием сальниковой сумки, забрюшинного пространства.

Лапароскопия и дренирование брюшной полости стало окончательным методом хирургического лечения и привело к выздоровлению в 69,1 % случаев. Наибольшая эффективность отмечена при выполнении данного метода в 1–3 сутки с момента поступления у больных с геморрагической и смешанной формой панкреонекроза. Санационные релапароскопии имели место у 3 % больных. У 30,9 % больных, несмотря на проводимое лечение, отмечалось прогрессирование патологического процесса в поджелудочной железе, что потребовало дальнейших хирургических манипуляций (лапаротомия, вскрытие и дренирование забрюшинных флегмон).

Летальность после выполнения санационной лапароскопии как изолированного метода хирургического вмешательства составила 11 %, а в случае последующего выполнения открытых хирургических вмешательств 26,8 %.

Выводы. Использование лапароскопии одновременно в качестве диагностической и лечебной процедуры позволяет совершенствовать тактику лечения острого панкреатита. Лапароскопическое исследование показано при стерильном панкреонекрозе, когда открытые хирургические доступы, зачастую, только усугубляют состояние больного.

ИММУНОДИАГНОСТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Раднаева Л.Д., Будожаров Ж.В.

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия
Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Улан-Удэ, Россия

Цель исследования: разработка программы комбинированной иммуномодулирующей терапии у пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. В исследование вошли 65 больных обоего пола от 20 до 62 лет. Они были разделены на три группы: первая – 13 больных с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойных осложнений в послеоперационном периоде, получавших комплекс базисной консервативной терапии и комбинированную иммуномодулирующую терапию ликолипидом и тактивином; вторая – 10 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, получавших только комплексную базисную терапию; третья – 42 больных с острым панкреатитом отечной формы.

Результаты. Комплексная оценка состояния иммунной системы до и после лечения при остром деструктивном панкреатите позволила установить определенные закономерности. Количество CD3+ - Т-лимфоцитов у 77 % больных было достоверно снижено по сравнению с группой контроля (34,3 ± 4,04

против 57,8 ± 1,62 %; $p < 0,001$). У 23 % пациентов количество CD4+ - Т-лимфоцитов было достоверно выше уровня контроля, а у 46 % – ниже контроля (55,3 ± 3,18 %; 25,67 ± 2,2 % соответственно против 39,43 ± 1,12 % в контроле; $p < 0,01$). Количество CD8+ - Т-клеток у 54 % пациентов было выше уровня контроля, а у 23 % – ниже (33,43 ± 4,05 %; 16,0 ± 1,15 % соответственно против 22,67 ± 1,3 %; $p < 0,05$). При изучении гуморального звена иммунитета все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня сывороточных иммуноглобулинов (23 % пациента с достоверно низким содержанием IgA, 38,5 % – IgG и у 31 % – с высоким содержанием количества IgA и IgG). Относительное количество ФАН составило у 46 % пациентов 32,57 ± 1,73 %, а у 31 % – 64,0 ± 3,02 против 51,39 ± 2,55 % контроля ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Анализ динамики иммунологических показателей в сравниваемых группах показал, что в группе больных, получавших ликолипид и тактивин, уменьшилось количество CD8+ - Т-клеток у 54 %

пациентов – до $19,86 \pm 6,55$ ($p < 0,01$) при остром деструктивном панкреатите, а коэффициент регуляции (CD4+/CD8+) имел тенденцию к восстановлению. Уровень содержания IgA у 23 % возрос до уровня контрольных значений ($179,2 \pm 29,75$ МЕ/мл против $93,3 \pm 15,5$ МЕ/мл; $p < 0,05$), а у 31 % снизился с $209 \pm 10,14$ МЕ/мл до $155 \pm 27,3$ МЕ/мл. Концентрация IgG достоверно повысилась у 46 % – до $1232 \pm 103,5$ МЕ/мл против $844 \pm 38,9$ МЕ/мл, а у 31 % снизился до $1079 \pm 56,7$ МЕ/мл против $1474 \pm 80,9$ МЕ/мл ($p < 0,05$). Установлено, что комплексная базисная терапия практически

не оказывала влияния на систему НГ ($p < 0,05$), а комбинированная иммуномодулирующая терапия способствовала снижению общего количества НГ в периферической крови с $75,9 \pm 2,8$ до $63,3 \pm 4,63$ % ($p < 0,01$), снижению общего количества НГ, экспрессирующих CD11 β -рецепторов адгезии ($p < 0,05$). Вместе с тем традиционная терапия практически не изменяла показателей иммунной системы ($p < 0,05$).

Заключение. Установлен позитивный клинико-иммунологический эффект комбинированной иммуномодулирующей терапии при остром деструктивном панкреатите.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ С ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С.

МУЗ Городская клиническая больница № 4 г. Перми, Пермь, Россия

Одним из основных показателей эффективности оперативного лечения острого деструктивного панкреатита является частота рецидива заболевания и степень социально-трудовой реабилитации больных. После выписки из стационара почти каждый второй больной острым панкреатитом нуждается в реабилитации и продолжении лечения (Покровский К.А., 2010; Куприн А.А., 2012), что увеличивает экономические затраты, делает более сложным процесс восстановления и меняет качество дальнейшей жизни пациента (Шулепова А.Г., 2008; Cinqueralmi L., 2006).

Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов лечения с оценкой качества жизни больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита.

Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 45 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года используем свою оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита. Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Три группы вопросов соответствуют большинству общих шкал и позволяют оценить соответственно: физический статус, работоспособность, эмоционально-психологический статус, уровень социальной адаптации. Две оставшиеся группы вопросов являются специфичными для больных, оперированных по поводу панкреонекроза, и позволяют оценить степень выраженности болевого синдрома, уровень пищеварительных нарушений, диспепсии. Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с о широко используемым вопросником SF-36. Обе шкалы весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих

качества жизни пациентов и их положительную динамику после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается при помощи 2-х вопросов. Для оценки интенсивности острой боли мы использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных.

Результаты. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 4 лет. Результаты лечения оценивали по 3-х бальной системе: выздоровление, улучшение и неудовлетворительный результат. Неудовлетворительными признавался результат в случае рецидива кисты, наружного панкреатического свища, приступов хронического рецидивирующего панкреатита, наличия сахарного диабета, требующего систематического лечения, и резко выраженной стеато- и креатореи, повторно оперированных.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78 % оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требуют продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств.

Полученные результаты говорят о том, что физическое и психическое здоровье пациентов, оперированных «традиционно» уступает больным, перенесшим малоинвазивные вмешательства.

Заключение. Использование представленного опросника качества жизни пациентов, перенесших панкреонекроз, позволяет адекватно оценивать весь спектр психосоматических расстройств, связанных с перенесенным острым деструктивным панкреатитом.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Одним из основных показателей эффективности оперативного лечения острого деструктивного панкреатита является частота рецидива заболевания и степень социально-трудовой реабилитации больных. После выписки из стационара почти каждый второй больной острым панкреатитом нуждается в реабилитации и продолжении лечения (Покровский К.А., 2010; Куприн А.А., 2012), что увеличивает экономические затраты, делает более сложным процесс восстановления и меняет качество дальнейшей жизни пациента (Cinqueralmi L., 2006; Шулешова А.Г., 2008). Частота рецидива зависит не только от осложнений заболевания, но и от вида хирургических вмешательств. Исследование качества жизни является конечным этапом оценки эффективности того или иного метода хирургического лечения и реабилитации в послеоперационном периоде.

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита.

Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 45 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года используем разработанную оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита (ВОП). Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Три группы вопросов соответствуют большинству общих шкал и позволяют оценить соответственно: физический статус, работоспособность, эмоционально-психологический статус, уровень социальной адаптации. Две оставшиеся группы вопросов являются специфичными для больных, оперированных по поводу панкреонекроза, и позволяют оценить степень выраженности болевого синдрома, уровень пищеварительных нарушений, диспепсии. Для оценки информативности и достоверности предлагаемого опросника его сравнили с одним из наиболее широко используемым вопросником SF-36. Оба опросника весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и

их положительную динамику после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопросе SF-36 оценивается при помощи 2-х вопросов. Для оценки интенсивности острой боли с помощью разработанной анкеты использовали визуальную аналоговую шкалу.

Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения ОП прослежены в сроки от 1 до 3 лет. Результаты лечения оценивали по трехбальной системе: выздоровление, улучшение и неудовлетворительный результат. Здоровыми признавали пациентов, у которых наступало полное клиническое выздоровление, отсутствовали жалобы. Эти пациенты не соблюдают диету и трудоспособны. В группу больных с улучшением отнесены те, которые предъявляли жалобы на периодические боли в верхней части живота, ограничение трудоспособности при отсутствии рецидива кисты или свища. В эту группу больных включали и больных с легкой степенью сахарного диабета. Неудовлетворительным признавали результат в случае рецидива кисты, наружного панкреатического свища, приступов хронического рецидивирующего панкреатита, наличия сахарного диабета, требующего систематического лечения, и резко выраженной стеато- и креатореи, повторно оперированных. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78 % оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требуют продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств.

Выводы. Физическое и психическое здоровье пациентов, оперированных «традиционно» уступает больным, перенесшим малоинвазивные вмешательства. Использование представленного опросника качества жизни пациентов, перенесших панкреонекроз, позволяет адекватно оценивать весь спектр психосоматических расстройств, связанных с перенесенным острым деструктивным панкреатитом и планировать дальнейшую хирургическую реабилитацию этих больных.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Самарцев В.А., Минеев Д.А., Ложкина Н.В.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Чувствительность трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ) при заболеваниях

поджелудочной железы (ПЖ) составляет 37–94 %, причем многие авторы считают, что результаты

эхографії можуть учитуватися тільки для передварительного діагнозу і являються основою для застосування більш складних методів: МРТ, КТ, РПХГ і ендоскопічного УЗІ (Cummar P. et al., 1995).

Ціль дослідження: оцінити можливість ендосонографії в діагностиці ХП і виявленні його ускладнень і впливу його на хірургічну тактику.

Матеріали і методи. Представлені результати обстеження і лікування 21 пацієнта з обостренням хронічного постнекротического панкреатиту, знаходившихся на лікуванні в клініці загальної хірургії ПГМА за період з 2008 по 2011 гг. Жінок було 6 (28,6 %), чоловіків – 15 (71,4 %). Середній вік хворих склав – 46 років. Клінічні прояви ХП були у всіх пацієнтів. Після виконання традиційного УЗІ всім пацієнтам виконувалися ендосонографічне дослідження ехоендоскопом з конвексним типом сканування.

Результати. У 16 (76,2 %) пацієнтів були виявлені ускладнення панкреатиту, четверо з них були оперовані з використанням мініінвазивних технологій. Основною задачею ендо-УЗІ в таких ситуаціях є диференціальна діагностика структури залози і визначення показань до консервативної терапії або активної хірургічної тактики. Контури залози були нерівними і нечіткими, гетерогенна структура була у всіх пацієнтів. У всіх пацієнтів виявлялися ділянки фіброзу в паренхімі ПЖ від 2 до 4 мм в діаметрі не візуалізовані при традиційному трансабдомінальному дослідженні. Всі ділянки руйнування локалізувалися в області головки і тіла залози. Найбільші діагностичні труднощі випробували при наявності ізоехогенних ділянок фіброзу в паренхімі ПЖ. У 5 пацієнтів

лоцировались гетерогенные участки инфильтрации до 8 мм в диаметре. Протоковую систему железы удалось лоцировать у 12 (57,1 %) пациентов, из них локальные расширения вирсунгова протока выявлены у 7 (58,3 %) пациентов, причем у большинства из них – 9 (75 %) из них лоцировались кальцинаты в протоке железы. У большинства пациентов при применении доплеровских методик отмечалось уменьшение васкуляризации паренхимы железы, преимущественно в области головки и тела. Локальный забрюшинный фиброз в виде участков повышенной эхогенности с неоднородной гиперэхогенной экоструктурой диагностирован у 10 пациентов (47,6 %). Мелкие псевдокисты до 1 см в диаметре без связи с протоковой системой были выявлены у 8 (38,1 %) пациентов. Из них у 3-х (37,5 %) поражение носило множественный характер. У 3-х (14,3 %) пациентов с большими псевдокистами, выявленными при трансабдоминальном УЗІ и подтвержденных на СКТ, ендо-УЗІ выполняли с целью выявления наличия связи образований с протоковой системой железы. Считаем, что проекционная минилапаротомия с последующим наружным дренированием острой псевдокисты под ультразвуковой навигацией более эффективна по сравнению с крупнокалиберным чрескожным дренированием под контролем ультразвука.

Выводы. Ультразвуковое исследование у пациентов, оперированных по поводу острого панкреатита, несет важную информацию о структуре поджелудочной железы, а ендосонография позволяет выявить парапанкреатические осложнения, не визуализированные при проведении трансабдоминального ультразвукового исследования, и выбрать оптимальную хирургическую тактику лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Осокин А.С., Гаврилов В.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия
 ГАУЗ ПК Городская клиническая больница № 4, Пермь, Россия

Актуальность. В России заболеваемость раком поджелудочной железы (ПЖЖ) составляет 8,2 на 100 тысяч населения. В России средний возраст заболевших у мужчин равен 64 годам, у женщин – 70 лет; в США средний возраст выше – 69 и 73 года соответственно. В структуре смертности рак ПЖЖ занимает четвертое место в мире с пятилетней выживаемостью около 5 %. У больных с местнораспространенными формами рака ПЖЖ без отдаленных метастазов медиана выживаемости составляет от 6 до 10 месяцев. У пациентов с отдаленными метастазами медиана выживаемости не превышает 3–6 месяцев.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и этапного хирургического лечения рака поджелудочной железы (ПЖЖ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 62 больных с опухолями ПЖЖ. Мужчин было 24 (39,3 %), женщин – 38 (60,7 %). Возраст больных варьировал в пределах от 56 до 82 лет, составляя в среднем $62 \pm 3,4$ года. Механическая желтуха при поступлении была у 55 пациентов, уровень билирубинемии варьировал в пределах от 70 до 530 мкмоль/л. Всем больным произведена дуоденоскопия с осмотром

большого дуоденального сосочка и его биопсией, ЭРХПГ произведена 40 (64,1 %) больным, из них у 29 она завершена эндоскопической папиллотомией. КТ и МРТ гепатопанкреатодуоденальной зоны подтвердило наличие рака ПЖЖ у 50 (80,1 %) человек. Уровень онкомаркера СА-199 был повышен у 47 (75,0 %) больных. С целью деблокады билиарного тракта, ревизии органов брюшной полости и подготовки к операции у 35 (57,0 %) больных с механической желтухой, сопровождающейся печеночной недостаточностью, произведена лапароскопия с холецистостомией. После ранее выполненной холецистэктомии чрескожная транспеченочная гепатикостомия под рентгенологическим и УЗ-контролем была наложена у 7 (10,7 %) человек.

Результаты. Все больные оперированы: ПДР выполнена 17 (27,4 %) пациентам, холецистостомия по А.А. Шалимову – у 37 (60,0 %), гепатикостомия на выключенной по Ру петле тощей кишки произведена у 9 (12,9 %) однорядным швом с использованием нити PDS Plus 3-0 USP; у 4-х человек она дополнена гастроэнтероанастомозом в связи с сформировавшейся дуоденальной непроходимостью.

Для профилактики несостоятельности билиодигестивных анастомозов использовали губку «Тахокомб». ПДР была дополнена атипичной резекцией левой доли печени по поводу солитарного метастаза у 1 больной. С целью верификации диагноза у 21 (33,9 %) пациента интраоперационно произведена тонкоигольная биопсия опухоли ПЖЖ, биопсия парапанкреатических лимфоузлов была выполнена у 19 (30,4 %) больных. Послеоперационную рану ушивали непрерывными швами длительно-рассасывающимися шовными материалами.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 8 (12,9 %) больных. Послеоперационная летальность составила 6,4 %, после ПДР летальность – 11,7 %.

Заключение. Дифференцированный подход к выбору способа хирургического лечения опухолей головки ПЖЖ у больных пожилого и старческого возраста позволяет улучшить непосредственные результаты лечения этой сложной патологии и качество жизни больных за счет этапного использования операций наружного и внутреннего дренирования билиарного и панкреатического тракта.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Новикова Н.В., Минеев Д.А., Осокин А.С., Гаврилов В.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Введение. Широкое внедрение в клиническую практику методов медицинской визуализации, совершенствование миниинвазивных технологий открыло новые горизонты в лечении псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). Многообразие хирургической тактики, рецидивы заболевания, тяжелые послеоперационные осложнения делают лечение кист ПЖ актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения кист ПЖ за счет выбора оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы. Прооперированы 72 пациента с кистами ПЖ, средний возраст больных составил 48 ± 4,6 лет. Постнекротические кисты выявлены у 61 (85,3 %), посттравматические – у 11 (14,7 %) человек. Наиболее информативными методами обследования являлись УЗИ, КТ, МРТ, РГПХ, эндоскопическая ультрасонография. Кисты были расположены интрапанкреатически у 28 (38,5 %) больных. У 52 (72,5 %) больных ранее были выполнены различные открытые и миниинвазивные операции на ПЖ. Множественные кисты ПЖ по данным комплексного обследования диагностированы у 28,4 % пациентов. По экстренным показаниям оперировано 24 (33,3 %), в отсроченном порядке – 13 (18,1 %), в плановом порядке – 35 (48,6 %) пациентов. По поводу осложнений кист ПЖ оперировано 15

(20,8 %) человек: нагноение кисты было у 9 (12,5 %), кровотечение в полость кисты – у 2 (3 %), перфорация в брюшную полость – у 4 (5,6 %) больных.

Результаты. Различные варианты внутреннего дренирования кист ПЖ произведены у 48 (66,7 %) больных; корпорокаудальные резекции ПЖ – у 9 (12,5 %), чрескожные пункции под контролем УЗИ с последующим дренированием выполняли у 7 (9,7 %), проекционная минилапаротомия под контролем УЗИ с наружным дренированием кисты – у 8 (11,1 %) пациентов. При открытых операциях интраоперационная ревизия гепатопанкреатодуоденальной зоны являлась определяющим и завершающим этапом при выборе метода оперативного лечения кист ПЖ. Цистоеюноанастомозы накладывали однорядным непрерывным швом PDS Plus 3-0, для биологической герметизации анастомоза использовали губку «Тахокомб». Послеоперационные осложнения развились у 12 (16,7 %) человек. Послеоперационная летальность составила 3 % (умерло 2 больных).

Выводы. Оптимальным методом органосохраняющего хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы является цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Радикальным методом хирургического лечения кистозных образований дистального отдела ПЖ является корпорокаудальная резекция ПЖ с сохранением селезенки.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Сафаров А.М., Расулов Н.А., Бобоев Б.Д., Гулахмадов А.Д., Содиков Я.С.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Введение. Проблема диагностики и лечения холедохолитиаза остается актуальной и по сегодняшний день. С появлением новых и современных методик повысились требования к диагностическому процессу желчнокаменной болезни и определению показаний к хирургическому лечению.

Цель исследования: оценить информативность современных лучевых методов в диагностике холедохолитиаза.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты применения лучевых методов диагностики у 419 больных с холедохолитиазом. В план обследования были включены: трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ, n = 419), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ, n = 138) и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС, n = 54).

Результаты. При ТАУЗИ прямые признаки визуализации конкрементов в холедохе были выявлены лишь у 39 % больных. Признаки билиарной гипертензии в виде расширения холедоха более 8 мм отмечены у 66 % больных. С целью изучения диагностических возможностей МРХПГ были обследованы 138 пациентов. Одиночные конкременты в гепатикохоледохе были выявлены у 37 % больных, множественные конкременты у остальных 56 %. Минимально визуализируемый размер конкремента при МРХПГ составил 4 мм. В 10 случаях не удалось обнаружить мелкие (менее 4 мм) конкременты. При наличии мелких конкрементов чувствительность ЭУС значительно превышает чувствительность и

точность ТАУЗИ и МРХПГ. Так, у 10 пациентов при ЭУС были обнаружены мелкие конкременты диаметром 2–4 мм, которые не были визуализированы ни при ТАУЗИ исследовании, ни при МРХПГ. У 12 больных дополнительно к обнаруженным при МРХПГ камням были выявлены в холедоха еще конкременты. При этом минимально визуализируемый размер конкремента составил 2 мм. Таким образом, при холедохолитиазе из лучевых методов исследований наименьшей диагностической ценностью в выявление холедохолитиаза обладает ТАУЗИ: чувствительность составила – 48 %, специфичность – 73 %, и точность – 67 %. Метод МРХПГ по диагностической ценности значительно превосходит ТАУЗИ, при этом чувствительность составила – 88 %, специфичность – 91 % и точность – 92 %. Наибольшей чувствительностью и точностью в сочетании с достаточно высокой специфичностью обладает метод ЭУС – 91 %; 95 % и 100 % соответственно.

Выводы

1. Диагностическая ценность ТАУЗИ снижается при оценке состояния дистальных отделов билиарного тракта.

2. Использование МРХПГ позволяет не только выявлять протоковые камни, оценивать их количество, но и воссоздавать объемное виртуальное изображение желчевыводящих путей, выявлять анатомические особенности их строения.

3. Комплексное применение ТАУЗИ, МРХПГ, ЭУС достоверно улучшает оценку состояния билиарной системы.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Саччелашвили Г.Л., Бухарин А.Н., Сапанюк А.И., Мамедов С.Х., Хачатрян Д.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»,

Москва, Россия

Центральная городская больница им М.В. Гольца, Фрязино, Россия

В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости тяжелыми формами панкреатита и рост количества повреждений поджелудочной железы после оперативного вмешательства и травм, в связи с чем возросло количество пациентов с наружными панкреатическими свищами, что представляет серьезную проблему.

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопических операций в лечении больных с постнекротическими и посттравматическими наружными панкреатическими свищами.

Материалы и методы. В исследование включено 163 пациента с постнекротическими свищами,

которые сочетались с кистами поджелудочной железы у 53 больных, а у 39 пациентов – с посттравматическими наружными панкреатическими свищами. Всем больным выполнялись УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, а также магнитно-резонансная томография. Исследование проводили на МР-томографе Toshiba Excelart Vantage Atlas в режиме мр-холангиографии. При этом оценивали состояние желчных протоков, а также диаметр главного панкреатического протока, деформацию, сообщение со свищевым ходом, наличие стеноза устья и внутрипротокового кальциноза. При необ-

ходимости комплексное исследование дополняется результатами фистулографией.

Результаты. Из 173 больных со стенозом устья главного панкреатического протока у 82 пациентов отмечалась деформация и расширение самого протока. У 105 больных свищевой ход сообщался с главным панкреатическим протоком.

Всем пациентам была выполнена канюляционная и неканюляционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 132 больных одновременно произведено рассечение устья панкреатического протока. Второй этап проводился на 3–5 сутки: у 73 больных произведена дозированная вирсунготомия. Наружное дренирование панкреатического протока на 3–5 сутки произведено 138 больным. У 181 больного (89,6 %) на фоне проведенного комплексного эндоскопического вмешательства и применения октреотида отмечено прекращение поступления панкреатического секрета из свища

на 3–9 сутки. У 21 (10,4 %) пациента из-за протяжённого стеноза ГПП эндоскопические операции оказались неэффективными.

Осложнения. После проведенных эндоскопических операций нами отмечены осложнения у 43 (21,3 %) больных – обострение хронического панкреатита, кровотечение из области вирсунготомии, ретродуоденальная перфорация. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями в сочетании с эндоскопическим локальным гемостазом.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что применение комплекса эндоскопических вмешательств, включающий ЭПСТ, рассечение устья ГПП, стентирование и назопанкреатическое дренирование с назначением октреотида позволяет значительно повысить эффективность лечения больных с наружными панкреатическими свищами

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ САНДОСТАТИНА

Сейсембаев М.А., Молдабеков Е.Т., Досханов М.О., Каниев Ш.А.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Актуальность. Оперативные вмешательства по поводу рака головки поджелудочной железы относятся к категории сложных оперативных вмешательств, с высоким хирургическим риском и возможным развитием опасных для жизни осложнений. В мире ежегодно регистрируются до 200 тысяч случаев этого заболевания. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – единственный радикальный метод лечения при опухолях головки поджелудочной железы. По данным авторов, частота послеоперационных осложнений достигает до 40–50 %. Из них самым грозным осложнением является несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (ПЕА), которая возникает в 15–30 %. При этом, послеоперационная летальность достигает 50 %.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения и профилактики осложнения больных с опухолями головки поджелудочной после гастропанкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. С 2003 по 2011г в ННЦХ им. А.Н. Сызганова, гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 53 пациентам. Из них, в 24 (45,2 %) случаях – на фоне механической желтухи и печеночной недостаточности тяжелой степени, когда первым этапом была проведена декомпрессия желчных протоков. Мужчин было 29 (47,8 %), женщин – 24 (45,2 %), в возрасте от 28 до 71 лет. Всем больным были проведены лабораторно-инструментальные исследования, а также определение опухолевых маркеров.

Реконструктивно-восстановительные этапы операции выполнялись на одной петле с последовательностью: панкреато(панкреатико)еюно- (ПЕА), гепатикоеюно- (ГЕА) и гастроеюноанастомоз. Из них 8 (15 %) больным с целью декомпрессии в области панкреатоеюноанастомоза выведена микроеюностомия. В 48 случаях, с целью профилактики послеоперационного острого панкреатита и несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, проводилось превентивное лечение препаратом «сандостатин», который ввели по 0,1 мг подкожно по схеме: первая инъекция во время операции, в момент пересечения поджелудочной железы; далее – каждые 8 часов, в течение 7–10 суток. Еще в 5 случаях, достаточным было назначение ингибиторов протеаз, послеоперационное течение без особенностей.

Результаты. Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены у 19 (35,9 %) пациентов. Послеоперационный панкреатит – у 10 (18,9 %), частичная несостоятельность ПЕА на фоне панкреонекроза – у 5 (9,6 %) пациентов; в 2-х (3,8 %) случаях отмечена частичная несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, еще в 2-х наблюдениях отмечены аррозивные кровотечения. Во всех случаях, после развившихся осложнений, проводились вторичные хирургические вмешательства; несмотря на это в 3-х случаях имел место летальный исход, что составило 5,7 % от общего числа пациентов. Причинами летальных исходов были аррозивное кровотечение, ДВС-синдром, полиорганная недо-

статочность. Остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Больным с опухолями головки поджелудочной железы тяжелой степени механической желтухой, необходимо двухэтапное хирургическое лечение, что позволяет в большинстве случаев произвести радикальные оперативные вмешательства,

несмотря на исходное тяжелое состояние. Применение аналогов сандостатина при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе предупреждает развитие острого панкреатита и несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, что способствует значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Исбамбетов А.С., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А.

Отделение хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан

Актуальность. Диагностика и лечение больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (РСВЖП) является наиболее сложной проблемой в билиарной хирургии, летальность при этих заболеваниях достигает 7,8–24%. Применение сменных транспеченочных дренажей (СТД) при РСВЖП часто сопровождается специфическими осложнениями (гемобилия, синдром недренируемой доли, желчные затеки и др.) и заметно снижает качество жизни больного.

С внедрением в практику современных методов диагностики и применения прецизионного шва, пересмотрена тактика хирургического лечения больных с РСВЖП. Использование такого шва предупреждает сужение анастомоза и позволяет накладывать соустье без дренажа-каркаса.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с РСВЖП.

Материалы и методы. В ННЦХ им. А.Н. Сызганова с 2003 г. произведены реконструктивно-восстановительные операции 79 (100%) больным с РСВЖП. Мужчин в исследуемой группе было 25 (31,6%), женщин – 54 (68,4%). Для диагностики РСВЖП проводили следующие исследования: УЗИ, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) (которая позволяет получить исчерпывающую информацию о состоянии желчных протоков). При оценке уровня стриктур желчных путей использовали классификацию Н. Bismuth (2001).

Результаты и их обсуждение. Бескаркасные гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки длиной не менее 80 см произведены 75 (94,9%) больным: 44 (58,7%) больным со стриктурами I типа были произведены гепатикоеюностомии; 20 (26,7%) больным со стриктурами II типа наложен бигепатикоеюноанастомоз; 8 (10,6%) больным со стриктурами III типа – тригепатикоеюноанастомоз; 3-м (4,0%) больным со стриктурами IV–V типов – тетрагепатикоеюноанастомоз. Река-

нализация суженного гепатикоеюноанастомоза выполнена 1 (1,3%) больному. Гепатикоеюноанастомоз на СТД наложен 3-м (3,8%) больным.

Наиболее сложной при реконструктивных операциях, безусловно, являются стриктуры IV и V-го типов, блокирующие зону конfluence с вовлечением долевых протоков. Для наложения прецизионных билиодигестивных анастомозов и выделения неизмененных стенок протоков применяли разделение спаек в области порталных ворот, иссечение рубцовых тканей. У 8 больных при стриктурах III–IV–V типов, была выполнена частичная резекция паренхимы IVa сегмента печени.

Состояние гепатикоеюноанастомоза контролировали с помощью МРХПГ. Хорошие отдаленные результаты получены у 69 (87,3%), удовлетворительные – у 7 (8,8%) больных.

Неудовлетворительные результаты получены у 3 (3,8%) больных. Из них, у 2-х больных были выявлены рестриктуры ранее наложенных анастомозов. Причины возникновения – неполное удаление рубцовых тканей, явления гнойного холангита, а также, нарушение кровоснабжения желчных протоков.

В одном случае, отмечен летальный исход, что было обусловлено общим тяжелым состоянием больной на момент операции (позднее поступление, выраженные явления механической желтухи, печеночно-почечной недостаточности).

Заключение. Одним из неинвазивных и информативных методов диагностики РСВЖП является МРХПГ, которая позволяет выявить уровень и протяженность стриктуры, детализировать характер деформации холедоха при наличии его стриктуры, что также определяет хирургическую тактику реконструктивных операций.

Реконструктивные операции без каркасного дренирования билиодигестивного анастомоза позволяют избежать специфических осложнений характерных для гепатикоеюноанастомозов на СТД, улучшают качество жизни больных и дают вполне хорошие и удовлетворительные результаты.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель исследования: изучить качество жизни больных после панкреатодуоденальной резекции при лечении болевого синдрома, обусловленного тяжелыми формами хронического панкреатита.

Материалы и методы. Панкреатодуоденальная резекция в связи с рефрактерным болевым синдромом выполнена у 41 (мужчин 37 или 92,7 %) пациента в возрасте $41,2 \pm 9,8$ лет, из них у 8 (19,5 %) вмешательство носило повторный характер. Поражение головки отмечено во всех случаях и у 17 имела киста (средний размер $34,1 \pm 10,1$ мм).

В оценке интенсивности болевого синдрома до операции, в раннем послеоперационном периоде и в отдаленном периоде использована Визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Качество жизни оценено с помощью опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) до операции у 24 (58,5 %), в отдаленном периоде у 25 (96,2 %) больных.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 2,4 %. Отдаленный период прослежен у 32 (78,0 %) больных в сроки $17,9 \pm 14,5$ (от 2,3 мес. до 7 лет) месяцев. За этот период умерло 6 (18,6 %) пациентов по причинам, не связанным с хирургическим вмешательством. В отдаленном периоде повторные оперативные вмешательства в связи с панкреатобилиарной патологией выполнены у 7 (17,1 %) больных.

Анкетирование в отдаленном периоде показало, что изменения здоровья после резекции поджелудочной железы оценены как «улучшение» 20 (80 %) респондентами, «без изменения» – 4 (16 %) и «ухудшение» – 1 (4 %). Изучение динамики показателей качества жизни оперированных больных показало их повышение, так Mh (психический компонент) составлявший до операции $39,5 \pm 10,7$ в отдаленном периоде вырос до $43,4 \pm 14,9$, а Ph (физический компонент) изменился с $43,2 \pm 5,3$ до

$47,8 \pm 5,3$. Более подробный анализ характеристик выявил рост физического функционирования (PF) с $51,1 \pm 30,7$ до $55,0 \pm 22,8$; ролевого физического функционирования (RP) с $24,3 \pm 33,3$ до $39,5 \pm 44,0$; интенсивности боли (BP) с $28,0 \pm 18,3$ до $61,1 \pm 31,5$; общего состояния здоровья (GH) с $34,4 \pm 12,4$ до $37,3 \pm 20,2$; жизненной активности (VT) с $41,4 \pm 16,4$ до $47,9 \pm 23,0$; социального функционирования (SF) с $42,4 \pm 20,2$ до $65,7 \pm 26,8$; ролевого эмоционального функционирования (RE) с $35,5 \pm 51,8$ до $47,8 \pm 50,5$ и психического здоровья (MH) с $46,4 \pm 18,6$ до $52,3 \pm 25,3$. Абдоминальный болевой синдром в дооперационном периоде отмечался у всех больных и оценен по ВАШ в 7,1 балла. В послеоперационном периоде болевой синдром купирован у всех больных (ВАШ 0). В отдаленном периоде периодические боли в животе отметили 36,0 % пациентов, однако ее уровень соответствовал по ВАШ $3,3 \pm 3,8$ балла (у женщин – 4,0; у мужчин – 2,6). Абдоминальная боль (ВАШ 6,5 баллов), рецидивировала у 4 (11,4 %) пациентов, что потребовало проведения денервации области поджелудочной железы методом торакоскопической спланхниксимпатэктомии, принесшей существенное снижение болевых ощущений (ВАШ 2,1 балла).

Выводы. Проспективное исследование показало высокую смертность среди больных с хроническим панкреатитом, осложненным выраженным болевым синдромом, не связанную с хирургическим вмешательством. Панкреатодуоденальная резекция при лечении хронического панкреатита надежно купирует в отдаленном периоде болевой синдром, что в целом повышает качество жизни. Решение проблемы рецидивной панкреатопривной боли, возможно путем проведения дополнительных вмешательств на вегетативной нервной системе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Силаев В.Н., Терехов О.В., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Асланян Л.С.

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Материалы и методы. Торакоскопическая симпатэктомия выполнена у 58 пациентов в связи с болевым синдромом, обусловленным кальцифицирующей формой хронического панкреатита в 19,2 % случаев, фиброзно-индуриативной – в 48 %, кистозной – в 17 % и обструктивной – в 19 % случаях. Ранее перенесли операции по поводу панкреатита

79 % больных, причем у 60 % из них проводились вмешательства на поджелудочной железе и у 29 % носили повторный характер. Выполнено правосторонних симпатэктомий – 15, левосторонних – 17, билатеральных – 26. Болевой синдром до операции, через неделю после симпатэктомии и в отдаленном периоде оценен методом Визуальной аналоговой

шкалы (ВАШ). Опросник был разослан 58 пациентам. Отдаленные результаты в сроки $7,8 \pm 2,8$ лет прослежены и изучены у 28 человек.

Результаты. Пациенты оценили болевой синдром до операции как «умеренная боль» – 13,5 %, «сильная боль» – 53,8 %, «очень сильная боль» – 32,7 %. Средний бал по ВАШ составил $7,7 \pm 2,3$. Эффект после симпатэктомии пациенты оценили как «отличный» в 23 %, «хороший» – 55,8 %, «удовлетворительный» в 17,3 % и «плохой» в 3,8 % случаях. Полное исчезновение боли отмечено у 80,7 % пациентов (ВАШ 0); 7,8 % (ВАШ 2–3 балла); 1,9 % (ВАШ 6 баллов). Послеоперационные осложнения в виде ателектаза, плеврита, пневмонии возникли у 8 (13,8 %) пациентов.

Отдаленные результаты изучены у 28 (48,3 %) больных. Повторные операции после симпатэктомии в связи с рецидивом болевого синдрома проведены 21 (75 %) больному. Средние сроки наблюдения среди ответивших на анкету 14 (50 %) пациентов составили $6,8 \pm 3,7$ лет. Уровень боли

на момент опроса по ВАШ составил $2,9 \pm 1,8$. Сообщили о повторной операции на поджелудочной железе после симпатэктомии 12 (85,7 %) больных. В этой группе была выполнена панкреатодуоденальная резекция в 3-х, панкреатоюноанастомоз в 2-х, цистоеюноанастомоз в 2-х, контрлатеральная симпатэктомия в 2-х, наружное дренирование панкреатической кисты в 2-х, левосторонняя резекция поджелудочной железы в 1 случаях.

Умерло за период наблюдения – 14 (50 %) Среди этой группы повторные операции в связи с рецидивом боли после симпатэктомии были выполнены у 9 (64,2 %).

Выводы. Торакоскопическая симпатэктомия при хроническом панкреатите является паллиативным методом купирования боли с выраженным анальгезирующим эффектом в ближайшем периоде. Дальнейшее течение хронического панкреатита сопровождается рецидивом боли и другими осложнениями требующими радикального вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ПЕРИОДЕ ИСХОДА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Силаев В.Н., Ломоносов Д.А., Токарева С.И., Ломоносов А.Л.

ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь, Россия

Цель исследования: изучить особенности изменений центральной нервной системы (ЦНС) у больных в периоде исхода воспалительного процесса при панкреатите.

Материалы и методы. Обследовано 95 пациентов в исходе воспалительного процесса при хирургической инфекции, среди которых мужчин было 46 (48,4 %), женщин – 49 (51,6 %). Всем больным для оценки состояния ЦНС выполняли электроэнцефалографию (ЭЭГ).

В целях уточнения особенностей изменений биоэлектрической активности головного мозга (ГМ) в периоде исхода воспалительного процесса при панкреатите пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 63 больных с непанкреатогенной инфекцией (средний возраст $43,6 \pm 2,4$ года), 2 группа – 32 больных в периоде исхода воспалительного процесса при панкреатите (средний возраст – $46,2 \pm 2,6$ года).

Результаты. В результате сравнительного анализа выявлено, что у больных первой группы значительно чаще обнаруживали умеренно выраженные общемозговые изменения (10 больных – 15,9 %), чем у пациентов второй группы – у 1 (3,1 %) ($t = 3,4$; $p < 0,05$). Кроме того, в первой группе больных отмечали снижение реактивности коры головного мозга, выявленное у 7 (11,1 %) больных, тогда как во второй группе пациентов подобных изменений биоэлектрической активности головного мозга зарегистрировано не было ($t = 2,7$; $p < 0,05$). У больных

первой группы чаще отмечали дисфункцию срединных структур – у 5 (7,9 %) пациентов и мезэнцефальную дисфункцию – 4 (6,3 %), тогда как у больных второй группы этих изменений ЭЭГ не наблюдали.

Анализ полученных результатов показал, что у пациентов второй группы значительно чаще регистрировали умеренно выраженное повышение электрической активности коры головного мозга – у 10 (31,3 %) пациентов, в тоже время у больных первой группы данный феномен при ЭЭГ выявили в 3,2 % (2 больных) случаев ($t = 3,2$; $p < 0,05$, $r = 0,39943$). Кроме того, для пациентов второй группы оказались характерными изменениями ЭЭГ в виде невыраженного повышения электрической активности коры головного мозга, выявленное у 6 (18,8 %) пациентов, тогда как среди больных первой группы подобные изменения ЭЭГ не регистрировали ($t = 2,67$, $p < 0,05$, $r = 0,36431$).

Выводы. Проведенное исследование позволило выявить наличие особенностей состояния ЦНС у пациентов перенесших панкреатит, проявляющихся в своеобразии феномена ЭЭГ, выражающихся преимущественно в изменении биоритмологии коры головного мозга. В свою очередь, это является патогенетическим обоснованием включения в стандарты обследования и восстановительного лечения пациентов с панкреатитом мероприятий, позволяющих своевременно выявлять и корректировать изменения деятельности ЦНС.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ОСТРОГО СЕПСИСА
ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Сипливый В.О., Робак В.И., Доценко В.В., Евтушенко Д.В., Евтушенко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Своевременная оценка степени тяжести состояния больного с острым панкреатитом и прогноз течения заболевания позволяют правильно выбрать тактику лечения больного, предупредить развитие осложнений. Это значительно улучшает результаты лечения, снижает летальность, уменьшает срок пребывания больного в стационаре.

Цель исследования: разработка индивидуализированного прогноза течения тяжелой формы острого панкреатита с помощью оценки тяжести состояния больного по шкале острого сепсиса.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 125 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. У 80 (64 %) больных был выявлен инфицированный панкреонекроз, у 80 (64 %) больных было выявлено поражение брюшинной клетчатки. В послеоперационном периоде умерло 34 (27,2 %) больных. Тяжесть состояния больных оценена по шкале острого сепсиса в предоперационном периоде и в динамике послеоперационного периода.

Результаты. Для шкалы острого сепсиса методом CART было определено количество баллов, наиболее точно разделяющее группы с низкой и высокой вероятностью летального исхода: в предоперационном периоде – 13 баллов, в раннем послеоперационном периоде – 16 баллов. При оценке тяжести состояния больного по шкале острого сепсиса в предоперационном периоде в 13

баллов летальность в послеоперационном периоде составила 51,85 %, менее 13 баллов – 19,44 %. При оценке тяжести состояния больного в раннем послеоперационном периоде в 16 баллов летальность составила 70,59 %, менее 16 баллов – 11,11%.

Проведен кластерный анализ индивидуальных балльных оценок по шкале острого сепсиса, который разделил больных на три кластера. Первый кластер – больные, у которых балльная оценка в 1 сутки послеоперационного периода повысилась, затем снизилась. Второй кластер – больные, у которых балльная оценка постепенно уменьшалась. Третий кластер – больные, у которых балльная оценка прогрессивно увеличивалась.

При анализе летальности в полученных кластерах выявлено, что в первом кластере летальность составила 11,11 %, во втором – 21,43 %, в третьем – 50,0 %.

Выводы. У больных с тяжелыми формами острого панкреатита сумма баллов по шкале острого сепсиса более 13 в предоперационном периоде и более 16 в раннем послеоперационном периоде свидетельствует о большой вероятности летального исхода.

Прогрессивное увеличение суммы баллов по шкале острого сепсиса в динамике послеоперационного периода является прогностически неблагоприятным фактором у больного с тяжелой формой острого панкреатита.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ
ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПАНКРЕАТИТОМ И ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

Ситкин С.И., Петрушин М.А., Силаев В.Н., Бозова Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель исследования: изучить влияние длительной эпидуральной анальгезии на состояние гомеостаза у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом.

Материалы и методы. Исследования выполнены у 29 пациентов с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом. Средний возраст $38 \pm 4,2$ года. Индекс массы тела – $18,2 \pm 1,2$ кг/м². В первую группу вошли 13 больных, которым в течение 5 дней перед операцией проводилась длительная эпидуральная анальгезия через эпидуральный катетер, установленный на уровне Th₈-Th₉. Использовались 0,2% раствор ропивакаина с фентанилом. Во вторую группу вошли 16 больных, которым для

обезболивания использовались наркотические анальгетики (промедол) и НПВС (кеторолак). Для оценки болевого синдрома использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Резервно-адаптационные характеристики гомеостаза оценивались на основании вегетативной регуляции сердечного ритма (ВРСР) с помощью компьютерной кардиоинтервалографии. Изучались временные характеристики variability сердечного ритма: индекс напряжения (ИН) и стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов R-R (SDNN).

Результаты. Исходная выраженность болевого синдрома составляла в покое $3,4 \pm 0,9$ балла и $4,9 \pm 1,1$

баллов после приема пищи, что заставляло больных отказываться от еды и приводило к истощению. Изучение вегетативного гомеостаза выявило повышенную активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. Исходные значения ИН составили $385,8 \pm 24,2$ (усл. ед.). В первой группе, на фоне проведения эпидуральной анальгезии болевой синдром был полностью купирован, что позволило пациентам не ограничивать себя в питании. За 5 дней увеличение массы тела составило в среднем $2,5 \pm 0,3$ кг. Регистрировалась снижение величины ИН в 2 раза. Во второй группе, несмотря на использование наркотических и ненаркотических анальгетиков,

болевым синдром в покое составил $2,5 \pm 0,3$ балла, а после приема пищи достигал $4,2 \pm 0,5$ баллов. Значения ИН достоверно не изменялись.

Заключение. Проведение длительной эпидуральной анальгезии в предоперационном периоде у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом позволяет полностью купировать болевой синдром, улучшить трофологический статус и устранить повышенную симпатическую активность на сердечную деятельность, тем самым повысить резервно-адаптационные механизмы организма перед тяжелым оперативным вмешательством.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Стукан С.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения эхинококкоза печени путем применения адекватного способа хирургического вмешательства в зависимости от локализации эхинококковых кист с учетом полноты обеззараживания эхинококковых зародышей.

Материалы и методы. Лечили 83 больных с эхинококкозом печени в возрасте 27–69 лет. Мужчин было 31 (37,3%), женщин – 52 (62,7%). С лечебной и профилактической целью всем 83 пациентам до операции выполнена противопаразитарная и терапия альбендазолом в дозе 10 мг/кг массы тела на протяжении 30–40 дней. Дооперационная диагностика у больных эхинококкозом печени включала УЗИ, ФГДС, КТ и сцинтиграфию, которая выявила, что размеры эхинококковых кист были от 2 до 12 см в диаметре с объемом до 898 мл.

Результаты. Выполненные комплексные исследования выявили поражение эхинококкозом правой доли печени у 62 больных, левой – у 12 и сочетанное поражение обеих долей органа – у 5; у 4-х пациентов эхинококкоз печени сочетался с эхинококкозом селезенки. У 61 больного эхинококковые кисты имели однотипное строение, у 8 пациентов кисты содержали дочерние пузыри, у 14 – гетерологическое строение. Характер оперативного вмешательства определялся размерами эхинококковых кист, их локализацией, состоянием фиброзной капсулы, особенностью анатомической локализации главных сосудов долей печени. Лапароскопическая эхинококкэктомия под контролем УЗИ выполнена у 60 больных, у 8 из них проведена конверсия с переходом на мини-лапаротомию и с использованием ранорасширителя, который улучшает доступ к операционному полю в необходимом направлении. При множественных эхинококковых кистах и поражении обеих долей органа с локализацией кист в 7–8 сегментах печени выполняли мини-лапаротомию у 23 больных с применением ра-

норасширителя с отводным зеркалом, оснащенным электрической лампочкой. Резекция левой доли печени выполнена у 12 больных, удаление кисты с фиброзной капсулой – у 7, а у 4-х произведена спленэктомия в связи с эхинококкозом селезенки. Применение вышеуказанного ранорасширителя при минилапаротомии дает возможность визуально контролировать тщательное удаление кист. Сначала выполняли пункцию эхинококковой кисты иглой диаметром 1,5–2 мм и проводилось удаление ее содержимого с последующим введением в полость 10% взвеси силикса, что давало возможность провести отмывание стенок эхинококковой полости. Затем производили эхинококкэктомия, после чего раневая полость орошалась 10% взвесью силикса, который с вышеуказанными свойствами обеспечивает не только гемостаз, но и профилактирует аррозивное кровотечение, а также обеспечивает ускорение заживления раны органа. В послеоперационном периоде проводился цитологический, бактериологический и рентгенологический контроль. Завершали операцию дренированием поддиафрагмального и подпеченочного пространства с применением разработанных нами спаренных дренажей или, по показаниям, каркасного дренирующего устройства, которые герметично закрывались в стерильный мешок или стерильную перчатку. В послеоперационном периоде всем больным через 30 дней выполнялась противопаразитарная терапия альбендазолом. В послеоперационном периоде возникло 14 осложнений, летальных исходов не было. На протяжении 5-летнего наблюдения у 57 пациентов рецидива заболевания не выявлено.

Выводы

1. Эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени зависит от локализации эхинококковых кист в органе, что требует применения адекватного метода хирургического вмешательства и полного обеззараживания эхинококковых зародышей.

2. Применение силикса для ирригоаспирации после удаления эхинококковых кист обеспечивает стабильный гемостаз и профилактику рецидива заболевания.

КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Сулейманов С.Ф., Мирахмедова С.С., Рауфов А.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования: изучение системы иммунитета и проведение иммунотерапии у больных хроническим холецистопанкреатитом (ХХП).

Материалы и методы. Система иммунитета была проанализирована у 51 больного с диагнозом ХХП в стадии обострения в возрасте от 28 до 63 лет, из них женщин было 32 (62,7 %), мужчин – 19 (37,3 %). Иммунологическое обследование проведено на 2–5 сутки как до-, так и спустя 1 месяц после проведения лечения. Контрольную группу составили 36 практически здоровых лиц (25–55 лет). Уровень сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G определяли по Mancini (1965). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) выявляли по Наскова. Параметры клеточного иммунитета определяли с помощью моноклональных антител («Сорбент-сервис», Россия).

Результаты. В контрольной группе относительный показатель общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) составлял $51,4 \pm 2,3$ %, а В-клеток (CD19+) – $15,7 \pm 1,6$ %, относительное содержание Т-супрессоров (CD8+) – $17,4 \pm 1,2$ %. Уровни Ig в сыворотке крови, определенные методом Манчини, были следующими: IgA – $2,82 \pm 0,31$ г/л, IgM – $1,64 \pm 0,11$ г/л, IgG – $15,9 \pm 0,94$ г/л. Концентрация ЦИК в ед. опт. пл. – $0,046 \pm 0,006$.

У пациентов ХХП ($n = 35$) показана супрессия CD3+ клеток (0,6-кратное снижение) ($p < 0,001$), а также отмечено 0,8-кратное понижение

Т-лимфоцитов (фенотип CD3+) в их абсолютном выражении ($p < 0,01$). Был выявлен значительный дефицит субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+ и CD8+лимфоциты). Со стороны В-системы (CD19+) наблюдали тенденцию в объективном увеличении параметров как относительного (в 1,3 раза выше контрольной величины при $p < 0,001$), так и абсолютного (в 1,5 раза больше аналогичных значений контрольной группы 342 ± 23 клеток/1 мкл крови и 230 ± 17 клеток/1 мкл крови соответственно при $p < 0,001$) показателей иммунной системы. У больных ХХП показано существенное понижение концентрации IgA и IgM, повышение уровней IgG до $21,0 \pm 0,6$ г/л ($p < 0,001$) и ЦИК – в 3,4 раза ($p < 0,001$). Для устранения выявленных расстройств был использован тимоптин (Узбекистан), который использовали на фоне общепринятого лечения. Тимоптин назначали в дозе 1 мл (0,01% раствор) в/м способом в течение 6–8 дней. Под его влиянием у больных ХХП ($n = 18$) наблюдали положительную динамику изменений в системе иммунитета, выражающуюся в достоверном увеличении всего спектра клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+). На гуморальный иммунитет тимоптин практически не влиял. У больных лишь наблюдали в умеренное понижение параметра ЦИК ($p < 0,01$).

Выводы. Тимоптин обладает иммуномодулирующей активностью и лечебным эффектом у больных ХХП.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Тарасенко С.В., Натальский А.А., Зайцев О.В., Песков О.Д., Афтаев В.Б., Луньков И.А.

ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия

За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью и опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. По данным отечественных и зарубежных исследователей холелитиаз является доминирующей патологией желчного пузыря и желчных протоков. По мнению ведущих специалистов распространённость ЖКБ составляет от 5–15 % до 10–40 %. При опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны механическая желтуха встречается у 60–80 % пациентов. В настоящее время большинство зарубежных и

отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных холестазами в два этапа. Несмотря на значительную распространённость механической желтухи, в России отсутствует форма его статистического учета. Всё вышеизложенное побудило нас провести собственный клинико-эпидемиологический анализ синдрома механической желтухи.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ клинических данных больных с механической желтухой как доброкачественного,

так и опухолевого генеза. С 2000 по 2010 гг. пролечено 1608 больных с синдромом механической желтухи. В целом наблюдается рост числа госпитализаций по сравнению с 2000 годом на 85,5 %, причем более выраженный в группе больных с опухолями гепатодуоденальной зоны. Средний возраст составил 65,8 лет. Наибольшую долю (56,1 %) госпитализированных пациентов составили лица пенсионного возраста от 61 года до 80 лет, вторая по величине доля представлена больными трудоспособного возраста до 60 лет – 28,7 %, лица старше 80 лет – 15,2 %. Большинство пациентов (93,7 %) госпитализировались в экстренном порядке. Причем более 24 часов с момента заболевания поступило 88,4 % пациентов. Средняя давность заболевания составила 3,1 день, что свидетельствует о поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью. Средний койко-день увеличился с 17,6 в 2000 г. до 22,1 в 2010 г. ($p < 0,01$). В 2010 году на фоне абсолютного роста числа госпитализированных больных с синдромом механической желтухи доля доброкачественного холестаза снизилась до 77,8 % (130 больных).

Результаты и обсуждение. Заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, страдают чаще женщины преимущественно пенсионного возраста. Более 90 % пациентов поступают в экстренном порядке на поздних сроках заболевания.

За последние 10 лет произошли изменения в структуре причин механической желтухи: увеличилась доля опухолевых заболеваний, среди доброкачественных причин первое место занимает холедохолитиаз, затем острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом и острый панкреатит. Выросли доли стенозирующего папиллита и стриктур терминального отдела холедоха. Более половины пациентов с опухолевыми поражениями составляет рак поджелудочной железы, что подтверждается также ростом его заболеваемости. Имеется тенденция утяжеления общесоматического статуса больных с внепеченочным холестазом. Нередко пациенты имеют одновременно несколько причин и/или осложнений внутрипротоковой гипертензии: стриктура, стеноз, папиллит, панкреатит, киста, абсцесс, холангит. Претерпела изменения лечебно-диагностическая тактика, возросла оперативная активность в связи с внедрением в повседневную практику миниинвазивных технологий и оригинальных методик билиарной декомпрессии и формирования полузакрытых билиодигетивных анастомозов.

Заключение. За последние 10 лет произошли ощутимые изменения в клинической эпидемиологии синдрома механической желтухи, которые нельзя не учитывать в повседневной работе современному врачу-хирургу.

ОПЫТ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Рахмаев Т.С., Никитин Д.А., Луньков И.А., Баконина И.В., Родионова Н.В.

ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия

В течение последних лет в работу клиники активно внедряется пункционно-дренажный способ лечения пациентов с острым тяжёлым панкреатитом. За основу взяты методики, разработанные В.Г. Ившиным (ЦНМТ, Тула).

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности лечения больных острым тяжёлым панкреатитом при использовании минимально-инвазивных пункционно-дренажных (МИПД) методов, выполняемых под контролем УЗ и рентгенотелевидения.

Материалы и методы. Проведен анализ использования МИПД методов за 2010–2011 годы на различных этапах лечения панкреонекроза у 132 пациентов. Показанием к их применению послужили: формирование жидкостных парапанкреатических образований («скопления» – 77 случаев, абсцессы – 57, флегмоны – 41, гематомы – 4, псевдокисты – 39); панкреатогенный асцит – 5; реактивный плеврит – 4; ферментативный перитонит – 3; острая билиар-

ная гипертензия – 9. Процедура замены дренажей на дренажи большего диаметра выполнялась 158 раз у 63 пациентов. Максимальное количество различных процедур у одного пациента – 8. Все манипуляции выполнялись хирургом, имеющим специализацию по ультразвуковой диагностике и минимально-инвазивным технологиям, совместно с рентгенологом в условиях рентгеноперационной под местной анестезией и хорошо переносились пациентами.

Результаты. Своевременное использование дренажей в сочетании с традиционными методами интенсивной терапии панкреонекроза в большинстве случаев позволяло снизить уровень интоксикации. Наибольшие трудности наблюдали при распространённых гнойно-некротических флегмонах забрюшинного пространства. В данных случаях адекватного дренирования можно было добиться лишь при поэтапной замене небольших дренажей на трубки большего калибра. Максимальная продолжительность стационарного

лечения – 8 месяцев. Отмеченные осложнения: миграция дренажа в просвет желудка (3 случая), в одном случае с затёком желудочного содержимого в брюшную полость, что потребовало выполнить лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости. Повреждений кишечника, крупных сосудов и других органов не отмечено. У 19 (14,1 %) больных после применения минимально-инвазивных процедур потребовались традиционные хирургические способы лечения. Летальные исходы отмечены в 25 (18,7 %) случаях и наблюдали у пациентов, поступивших в крайне тяжёлом состоянии с явлениями панкреатогенного шока и у пациентов с распространённой флегмоной забрюшинного пространства и явлениями

полиорганной недостаточности. При сравнительном анализе результатов лечения аналогичных пациентов за период времени до использования МИПД методик отмечено значительное снижение оперативной активности, количества осложнений, общей и послеоперационной летальности.

Заключение. МИПД методы лечения острых тяжёлых панкреатитов, выполняемые под контролем УЗ и рентгенотелевидения в сочетании с современной интенсивной терапией являются безопасными и эффективными, в большинстве случаев не требующими традиционных хирургических способов дренирования, имеющими перспективу стать доминирующими среди инвазивных методов лечения данной категории больных.

ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОКСИМАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Тарасенко С.В., Песков О.Д., Соколова С.Н., Колейкин А.А., Зайцев О.В., Афтаев В.Б., Кузнецов Ю.Н., Рахмаев Т.С., Баконина И.В., Успенская Н.А.

*ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия*

Хронический панкреатит занимает одно из лидирующих мест в структуре гастроэнтерологических заболеваний в индустриально развитых странах. Преимущественное поражение головки поджелудочной железы встречается почти в половине случаев заболевания и сопровождается различными осложнениями. При этом механическая желтуха в общей структуре осложнений занимает от 4,7 до 50 %.

Целью исследования был анализ различных способов хирургического лечения хронического панкреатита и выбор оптимального метода билиарной декомпрессии.

Материалы и методы. Оперировано 67 больных хроническим проксимальным панкреатитом, осложнившимся синдромом внепеченочного холестаза, что составило 24 % от общего числа пациентов с данной патологией, находившихся в клинике за последние 10 лет. Выполнены следующие оперативные вмешательства: ППДР – 11 больным, субтотальная резекция головки ПЖ (СРГПЖ) со вскрытием просвета ОЖП в полость головки ПЖ

и формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (ППЕА) – в 8 случаях, СРГПЖ с продольным ПЕА и билиодигестивным соустьем (БДА) – 12 больным, операция Н.С. Вегег – 2 больным, операция Ch.F. Frey + БДА – 10 больным, ППЕА или цистоеюноанастомоз + БДА – 19, СРГПЖ без формирования БДА – 5 больным.

Результаты. Анализ результатов в отдаленном периоде показал наилучшие результаты в группе пациентов, которым не выполнялась резекция головки поджелудочной железы (болевой и диспепсический синдромы рецидивировали в 78 и 71 % случаев соответственно). Лучшие результаты получены в группах пациентов, которым выполнялась СРГПЖ. Достоверной клинической разницы между группами больных с различными способами билиарной декомпрессии не отмечено. Рецидива желтухи за период наблюдения (3–7 лет) не было ни в одном случае.

Заключение. Предложен алгоритм ведения пациентов с хроническим проксимальным панкреатитом, осложненным механической желтухой.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Басов Ф.В.

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Оренбург, Россия*

Цель исследования: оценить эффективность эндохирургических и пункционных технологий при остром деструктивном панкреатите (ОДП).

Материалы и методы. У 107 больных с панкреонекрозом, выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, из них лапароско-

пические операции (санация сальниковой сумки и брюшной полости, дренирование их) выполнены у 90 человек, дренирование парапанкреатических жидкостных образований под УЗ-контролем – у 17 пациентов.

Результаты. При лапароскопии отечный панкреатит выявлен у 22 пациентов (1 группа), панкреонекроз – у 68 человек (2 группа). После операции больные получали стандартное лечение, при ОДП дополнительно применялся лаваж сальниковой сумки, методы экстракорпоральной детоксикации.

В 1 группе тяжесть ОП по шкале Glasgow (1984) составила 1,6; тяжелых панкреатитов (показатель 3 и больше) не было. Индекс тяжести состояния (SAPS II, 1993) составил 24,4. Прогрессирование процесса и осложнений не было, все больные выздоровели. Средний койко-день составил $15,9 \pm 1,2$.

Во 2 группе средняя тяжесть ОП составила 2,6; в том числе у 34 (50,7 %) больных – тяжелый ОП. Средний индекс SAPS II – 38,6.

Лапаротомия выполнена у 10 (14,7 %) больных, у всех при поступлении тяжелый ОП. Срок вмешательства – 5–23 суток с момента лапароскопии, показания – инфицированный ОДП. Летальный исход

у 9 (13,2 %) пациентов (исходно Glasgow – 3,7; SAPS II – 37,6), всем выполнялась лапаротомия.

Причиной смерти была массивная ТЭЛА у 1 (1,5 %) больного, панкреатогенный абдоминальный сепсис с полиорганной недостаточностью – у 8 (11,8 %). Средний койко-день у выживших составил $43 \pm 4,5$, в том числе, у пациентов без лапаротомии – $18,6 \pm 1,5$, у перенесших лапаротомию – $69,4 \pm 5,2$. Общая летальность (все больные ОП) составила 10 %, летальность среди больных с панкреонекрозом – 13,3 %.

У 17 пациентов выполнено пункционное дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений под УЗ-контролем, в том числе у 3-х (17,6 %) – с нагноением. Ранее подвергались лапароскопии по поводу ОДП 4 (23,5 %) пациента. В последующем у 1 (5,9 %) больного возникло подтекание содержимого кисты в брюшную полость, выполнено её лапароскопическое дренирование. Эндоскопическая цистогастростомия произведена 1 пациенту, цистоеюноанастомоз наложен – 1. Летальных исходов не было.

Заключение. Современные малоинвазивные технологии позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с ОДП по сравнению с традиционными открытыми методами.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Неверов П.С.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь
Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, Минск, Беларусь

Цель исследования: обоснование дифференцированной радикальной хирургической тактики в лечении панкреатогенных кровотечений (ПК).

Материалы и методы. Анализ результатов хирургического лечения 75 больных с ПК (2005–2011 гг.) в возрасте от 21 до 75 лет, из них мужчин – 64 (85,3 %), женщин – 11 (14,7 %). Все длительное время страдали хроническим панкреатитом, в анамнезе имели эпизод гастроинтестинального кровотечения – 23, оперативные вмешательства на поджелудочной железе (ПЖ) перенесли – 15 больных.

Результаты. Наличие ПК считаем показанием к хирургическому лечению, сроки и объем которого определяются строго индивидуально. Так, при ПК вследствие поражения тела и хвоста ПЖ, 23 пациентам произведены различные варианты дистальных резекций ПЖ, спленэктомия, дополненные пластической реконструкцией поврежденных сопредельных органов (19), формированием панкреатоэнтероанастомоза по Ру (2), интрапаренхиматозной резекцией головки ПЖ (1). Изолированные кисты головки ПЖ явились источником кровотечения у 7 пациентов. Учитывая морфологическую сохран-

ность оставшейся панкреатической паренхимы, у 7 больных (при отсутствии протоковой гипертензии) гемостаз достигнут иссечением кист, зон деструкции дуоденальной стенки с сегментарной дуоденопластикой, дополненной (при явлениях дилатации общего желчного протока) в 2-х случаях холецистэктомией, формированием холедоходуоденоанастомоза в заднюю полуокружность дуоденопластики; и в одном – холецистэктомией, мостовидной дуоденопластикой, холедохоэнтероанастомозом на выключенной по Ру петле. Обширное поражение антропилорической зоны и постбульбарной зоны двенадцатиперстной кишки (ДПК) деструктивным процессом в области головки ПЖ, осложненное ПК, потребовало выполнения в 1 случае дистальной резекции желудка по Б-2 с частичной резекцией головки ПЖ. 26 больным с массивными мультиорганными поражениями проксимальной части ПЖ на фоне ПК произведены панкреатодуоденальные резекции (пилоросохраняющий вариант в 22 случаях). Четырем пациентам с вирусногеморрагией выполнена операция Бегера. В одном случае произведено вскрытие гигантской псевдокисты с иссечением панкреатического свища, резекцией головки и тела

ПЖ, формированием холедоходуоденоанастомоза и дистального панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле. Одному пациенту выполнена центральная резекция ПЖ с иссечением цистогастрального свища, гастропластикой, дополненная дистальным панкреатоэнтероанастомозом по Ру. Двум больным, ранее оперированным по поводу деструктивного панкреатита, объем операций расширен до дуоденопанкреатэктомии. Трём пациентам с некрозом и аррозивным кровотечением из эктопии ПЖ в стенку ДПК произведено ее иссечение с мостовидной дуоденопластикой в 2-х случаях и у 1 больного – сегментарный вариант дуоденопластики с папиллохоледоховирсунгопластикой. Варикозно расширенные вены дна желудка при развитии сегментарной портальной гипертензии, вследствие длительного хронического воспалительного про-

цесса в ПЖ, явились источником кровотечения в 7 случаях. Пациентам произведены гастротомия, гемостаз прошиванием варикозно расширенных вен, спленэктомия, 3 больным – дополненные резекцией хвоста ПЖ.

Результаты. Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы. Оперативные вмешательства, учитывающие все многообразие форм панкреатогенных кровотечений, с радикальным удалением патологического очага, одновременным пластическим устранением мультиорганных повреждений, протоковой гипертензии и сегментарного портального блока гарантируют эффективный хирургический гемостаз и позволяют максимально предотвратить дальнейшее прогрессирование воспалительной дегенерации ПЖ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛОКАЛЬНОГО ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Теплякова О.В., Винник Ю.С., Перьянова О.В., Соседова Е.В.

Кафедра общей хирургии, кафедра микробиологии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель исследования: оптимизация местного этиотропного лечения больных инфицированным панкреонекрозом на основе результатов оценки пленкообразующей способности клинически значимых штаммов микроорганизмов *in vitro*.

Материалы и методы. Микробные биопленки моделировали в эксперименте на полимерной поверхности поливинилхлорида (ПВХ), латекса, силикона с использованием клинических штаммов MRSA, MSSA, *A. baumannii* и *P. aeruginosa*. При оценке эффективности местного антисептического воздействия растворов антисептиков (мирамистин 0,01%, хлоргексидин 0,02%, диоксидин 1%, лавасепт 0,2%, озонированный физиологический раствор 8 мг/л (ОФР)) и озono-кислородной газовой смеси 40 мг/л (ОКС) на микроорганизмы в планктонной форме и в составе сформированной биопленки учитывали параметры оптической плотности и количества колониеобразующих единиц.

Результаты. Количество микроорганизмов, адсорбированных на поверхности тестируемых полимеров, многократно превышало их число в планктонной фазе, при этом максимальное увеличение степени контаминации наблюдалось в присутствии латекса.

Минимальная адгезивная активность стафилококков отмечена в отношении ПВХ. Все культуры стафилококков: как в планктонной, так и в пленочной форме, проявляли устойчивость к пливасепту и ОФР. MSSA были чувствительны к лавасепту только в планктонной форме, а в составе биопленки – устойчивы. Штаммы MRSA характеризовались устойчивостью к лавасепту. Диоксидин оказывал

бактерицидное действие на культуры стафилококков в планктонной форме и не проявлял эффекта в отношении сформированных биопленок. Все тестируемые культуры стафилококков проявляли чувствительность к мирамистину и обработке ОКС. *A. baumannii* проявлял минимальную адгезивность к силикону. При оценке влияния антисептических препаратов на клинические штаммы *A. baumannii* была отмечена устойчивость вне зависимости от формы существования к хлоргексидину и ОФР, чувствительность – к лавасепту и обработке ОКС. Бактерицидный эффект растворов мирамистина и диоксидаина наблюдался лишь в отношении взвешенных клеток *A. baumannii* и не распространялся на биопленку. Клинические штаммы *P. aeruginosa* проявляли максимальную способность к росту в среде с наличием латекса. Перечень дренажных полимеров в порядке увеличения адгезивности для штаммов *P. aeruginosa* выглядел следующим образом: ПВХ, силикон, латекс, при этом статистически значимых различий между ПВХ и силиконом не выявлено ($p = 0,091$). При исследовании эффективности антисептического влияния все культуры *P. aeruginosa*, как находящиеся в составе биопленок, так и во взвешенном состоянии, характеризовались устойчивостью к пливасепту и ОФР, чувствительностью к диоксидину и обработке ОКС. Растворы мирамистина и лавасепта проявляли бактерицидное действие только в отношении взвеси клеток *P. aeruginosa* и не оказывали его на биопленку.

Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать отказаться от использования латекса при дренировании зон деструкции в под-

желудочной железе и забрюшинной клетчатке. По результатам срочной бактериоскопии для интра- и ранней послеоперационной санации очагов панкреатогенной инфекции показано применение мирамистина и диоксидина в случае обнаружения грамположительных кокков, а также лавасепта при наличии грамотрицательных палочек. При сохраняющемся гнойном характере отделяемого по дренажам в послеоперационном периоде и

отсутствии жидкостных зон по результатам инструментальных методов исследования выбор местного антисептика и дренажного полимера должен определяться результатами повторного бактериологического анализа. Использование мирамистина и ПВХ показано в случае инфекций, вызванных *S. aureus*, лавасепта и силикона – при обнаружении *A. baumannii*, диоксидина и силикона – при выявлении *P. aeruginosa*.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Гарипова З.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

Актуальность. В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от острого деструктивного панкреатита (ОДП) занимает одно из ведущих мест среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и составляет 4–9 %. Летальность при ОДП, несмотря на применение современных методик консервативного и оперативного лечения, остается очень высокой: 7–15 % – общая, 40–80 % – при деструктивных формах.

Материал и методы. Результаты исследования и лечения острого панкреатита изучены у 1423 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике хирургии БГМУ с 2007 по 2011 гг., развитие ОДП наблюдали в 7,6 % (108 больных). При панкреонекрозе у 44,3 % (48 больных) развились инфекционные осложнения, летальность среди которых составила 18,8 % (9 больных). Возраст больных колебался от 21 до 72 лет. Для повышения качества диагностики и определения прогноза при ОП прежде всего давали детальную оценку клинической картины заболевания, определяли активности панкреатических ферментов в крови, моче, перитонеальном экссудате, динамику гомеостатических показателей (лейкоциты крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, гемокрит, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, АлТ. АсТ, ЛДГ, рН крови, иммунологические показатели – спонтанный НСТ-тест, активированный НСТ-тест, IgA, LgG, IgM лимфоциты, СД3+ лимфоциты, СД20+ лимфоциты), а также комплексное инструментальное обследование.

Результаты и обсуждение. Современный уровень развития медицинской техники позволяет применять исключительно оборудование для закрытых вмешательств на всех органах. Эндоскопические методы восстановления пассажа панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку являются

ключевыми факторами благоприятного течения ОДП. «Закрытый» метод дренирующих операций включает активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Контроль за очагом деструкции и функцией дренажей осуществляется по результатам УЗИ, КТ, видеооптической техники, фистулографии. Малоинвазивное хирургическое вмешательство с установкой дренажных систем в область преимущественного поражения ПЖ осуществляли в максимально ранние сроки госпитализации, а не в фазу гнойных осложнений. Для программных санаций забрюшинной клетчатки, образовавшиеся полости дренировали дополнительно через два-три контропертурных мини-разрезов в поясничной и подвздошных областях. Начиная с 3–5-го дня после операции, с интервалом 1–3 сут. выполняли этапную санацию. Все больные ОДП, поступившие в клинику, были подвергнуты оперативному лечению. Сроки выполнения ранних операций колебались от 12 до 72 часов от момента поступления в стационар, поздние оперативные вмешательства производились на 10–14 сутки.

Заключение

1. Миниинвазивные методики диагностики с использованием видеолaparоскопической техники и мини-доступа при помощи комплекта инструментов «Мини-ассистент» позволяют проводить полноценную ретроперитонеоскопию, определить тяжесть поражения ПЖ и забрюшинного пространства.

2. Использование этапных видеоэндоскопических и через мини-доступ санаций при флегмоне забрюшинного пространства в сравнении с традиционным хирургическим лечением больных с гнойными осложнениями забрюшинного пространства позволило достоверно снизить количество осложнений (с 64,3 % до 19,7 %) и летальность при ОДП (с 38,1 % до 13,7 %).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ИЗОЛИРОВАННОЙ НЕАНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Третьяк С.И.¹, Ращинский С.М.^{1, 2}, Ращинская Н.Т.², Боровик Е.А.^{1, 2}

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Целью проведённого проспективного исследования по нескольким критериям без рандомизации было сравнение результатов выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) и изолированной неанатомической резекции головки поджелудочной железы в варианте операции Фрея (ОФ) у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни, которые обеспечивают эти виды хирургических вмешательств.

Материалы и методы. С января 2005 по декабрь 2011 гг. на базе отделения хирургической гепатологии ПДР или ОФ были выполнены у 66 пациентов. ПДР была произведена в 23 случаях, а ОФ – у 43 пациентов. Результаты выполнения в обеих группах (ПДР или ОФ) были проанализированы по характеру послеоперационных осложнений до момента выписки из стационара. После выписки из стационара оценка результатов была проведена с использованием опросника оценки качества жизни SF-36 v.2tm.

Результаты. После выполнения ПДР были зарегистрированы следующие осложнения: раневая инфекция в 5 случаях, наружный панкреатический свищ – 1, несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 1, что потребовало выполнение релапаротомии в последнем случае. Летальный исход у одного пациента был обусловлен ОССН в раннем послеоперационном периоде, вследствие нарушения ритма сердечных сокращений (инфаркт миокарда в анамнезе). У пациентов во второй группе было отмечено нагноение послеоперационной раны в пяти случаях и один летальный исход на фоне сепсиса. По

критерию Манна-Уитни ($\alpha < 0,05$) получены лучшие результаты хирургического лечения в группе ОФ.

При сравнении данных, полученных в результате опроса, у оперированных пациентов было выявлено улучшение частных и суммарных показателей физического и психоэмоционального компонентов, характеризующих качество жизни больных в обеих группах. Изменения этих показателей согласно критерию Уилкоксона как в группе пациентов, которым было выполнено ПДР ($p < 0,05$), так и в группе, где хирургическое пособие выполнено по принципам ОФ ($p < 0,05$), является достоверным. Стойкое купирование болевого синдрома было отмечено у 20 (86,9 %) пациентов из группы ПДР и у 41 (93,5 %) больного после выполнения ОФ.

Более высокий прирост показателя физического функционирования [PF ($\alpha < 0,05$)] было отмечено больными из группы ОФ. До выполнения хирургического вмешательства были зафиксированы более низкие показатели жизненной активности [VT ($\alpha < 0,05$)] и психического здоровья [MH ($\alpha < 0,05$)] в группе ПДР и отмечается более высокий прирост этих показателей, что отражает степень, в которой физическое и психоэмоциональное состояние участника исследования позволяет ему выполнять повседневную работу и общаться с окружающими.

Выводы. Опросник SF-36 v.2tm является надежным инструментом для оценки качества жизни больных в связи с наличием его официальной русифицированной версии. Оба вида хирургического вмешательства достоверно улучшают качество жизни и уменьшают интенсивность болевого синдрома у пациентов, страдающих от различных осложнений ХП.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНОЗАВИСИМЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛАНГИТОМ

Трефилова Ю.В., Ершова А.И., Гущенский Л.Б.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Введение. Холелитиаз, осложненный холангитом, сопровождается изменением биофизических свойств желчи, что используется в ранней диагностике осложненного течения желчнокаменной болезни, но не учитывается возможность присоединения билиарнозависимого панкреатита.

Цель исследования: изучить изменения удельной электропроводности желчи у больных

билиарнозависимым панкреатитом в сочетании с холелитиазом (ХЛ), осложненным латентным (ЛХ) или гнойным холангитом (ГХ).

Материалы и методы. Обследовано 73 больных ХЛ, осложненным латентным или гнойным холангитом: 56 женщин (76,7 %), 17 (23,3 %) мужчин, в возрасте $49,4 \pm 4,8$ лет. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – без панкреатита, 2 – с билиар-

нозависимым панкреатитом. Учитывали данные микробиологического исследования желчи во время и в течение 9 дней после операции на желчных путях. В эти же сроки оценивали удельную электропроводность желчи (УЭП).

Результаты. В 1 группе при ЛХ исходное УЭП желчи было в интервале 195–203 S/m ($196,8 \pm 3,7$ S/m) у 7 (87,5 %) из 8 больных, а при наличии ГХ – в пределах 198–215 S/m ($203,0 \pm 4,6$ S/m) у 9 (90 %) из 10 пациентов. При ГХ, УЭП желчи в была на 3,2 % выше, чем при ЛХ ($p > 0,05$), что связано с увеличением числа микробных и соматических клеток, проницаемости их мембран и дизэлектролитными расстояниями в желчи. К 11-м суткам отмечали уменьшение УЭП желчи ($p > 0,05$). У 5 (33,3 %) больных с механической желтухой снижение УЭП желчи в динамике

было замедлено, чему соответствовало увеличение ОМЧ желчи.

Во 2 группе УЭП желчи было в пределах 198–205 S/m ($199,4 \pm 1,9$ S/m) у 16 (88,9 %) из 18 больных ЛХ, а при ГХ – в диапазоне 203–218 S/m ($207,7 \pm 1,2$ S/m) у 31 (83,8 %) из 37 человек. При ГХ УЭП желчи в момент операции была на 4,1 % выше, чем при ЛХ ($p < 0,05$). К 7-м суткам наблюдения у больных ЛХ или ГХ УЭП желчи снижалась ($197,6 \pm 1,7$ и $198,3 \pm 3,1$ S/m соответственно; $p < 0,05$). При этом в течение первых 5 дней после операции УЭП желчи при ГХ была выше, чем при ЛХ ($p < 0,05$).

Выводы. Величину УЭП интраоперационной желчи, превышающую 200 S/m можно считать критерием диагностики билиарнозависимого панкреатита вне зависимости от формы холангита с чувствительностью метода 86,8 % и специфичностью 64,5 %.

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Туллин А.И., Погодина Е.Н., Рибиниекс Р., Стуцка Р., Гардовскис Я.

Университетская клиническая больница им. П. Страдыня. Рига, Латвия

Материалы и методы. За 15 лет (1997–2011 гг.) в хирургической клинике на амбулаторном и стационарном лечении находились 49 больных с эхинококкозом печени, в том числе 15 – с гидативным и 34 – с альвеолярным эхинококком (ГЭ и АЭ). На момент обращения одно или несколько осложнений имелись у 23-х пациентов. Хирургическое лечение было применено у 41 больного, в том числе анатомические проведены у 14 и неанатомические резекции печени – у 27. 13 больных с ГЭ оперированы радикально, в том числе анатомическая резекция печени выполнена у 3-х и перицистэхинококэктомия у 10 пациентов. Из 30 больных с АЭ радикальные резекции печени осуществлены у 13, условно-радикальные и паллиативные операции у 17 пациентов. Пункционный и пунктионно-дренажный методы использованы у 16 пациентов (с ГЭ – 4 и с АЭ – 12), в том числе как окончательный метод – у 3-х, как подготовка к хирургической операции – у 13 больных. До и после операции 36 больных получали альбендозол. Только медикаментозное лечение проводилось у 5 больных с АЭ. Эти больные не имели осложнений, непосредственно угрожающих жизни, но из-за распространенного поражения печени радикальное оперативное вмешательство было не возможно.

Результаты. Среди больных, оперированных по поводу ГЭ, за период наблюдения от 23 до 127 месяцев признаков рецидива не отмечено. Из 13 больных с АЭ, у которых резекция печени была оценена как радикальная, в сроки от 13 до 169 ме-

сяцев рецидив возник у 1 больного, который был оперирован повторно. У всех 17 больных с АЭ, оперированных не радикально, за время наблюдения от 59 до 96 месяцев отмечено увеличение объема резидуальных паразитарных узлов, что привело у 5 из них к развитию выраженных клинических проявлений и осложнений. Повторные резекции печени, в том числе в сочетании с наложением билиодигестивных анастомозов и стентированием желчных протоков выполнены у 4 больных. У 1 больного произведено чрескожное дренирование абсцесса печени. В этой группе от осложнений прогрессирующего АЭ умерли 2 пациента в сроки 65 и 96 месяцев соответственно. Все 5 больных АЭ с иноперабельными поражениями печени и других органов, получивших длительное цикличное лечение альбендозолом от осложнений прогрессирующего АЭ в сроки от 57 до 79 месяцев, живы до настоящего времени. Одному больному потребовалась срочная оперативная санация брюшной полости в связи с нагноением паразитарного узла и распространенным перитонитом.

Заключение. Целью хирургического лечения эхинококкоза печени является радикальное удаление патологического очага или ликвидация тяжелых осложнений заболевания с обязательным проведением специфической химиотерапии в до- и послеоперационном периоде. В остальных случаях альтернативой может служить длительное, пожизненное лечение альбендозолом, результаты которого сопоставимы с результатами не радикальных операций у больных с АЭ.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Федоровский В.В., Свирельщикова Е.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Новосибирск, Россия

МБУЗ Городская клиническая больница № 34 г. Новосибирск, Россия

Цель исследования: определить место компьютерной томографии в диагностике и лечении больных с панкреонекрозом. Оценить эффективность различных способов оценки данных томографии.

Материалы и методы. Изучены результаты спиральной компьютерной томографии у 20 больных с панкреонекрозом. Исследование проводилось на мультиспиральном томографе Siemens Somatom Emotion 16. У 13 больных КТ проводили с внутривенным контрастированием, только с пероральным контрастированием – у 7.

Показаниями к КТ являлось сохранение клинической картины синдрома системной воспалительной реакции в течение длительного времени, несмотря на активную консервативную терапию, признаки деструкции и экстрапанкреатической жидкости при УЗИ. Оценка проводили по шкале Balthazar (без контрастного усиления), а также определялись индекс тяжести по Balthazar (с контрастным усилением), модифицированный КТ индекс тяжести по Mortelle и оценка по шкале экстрапанкреатического воспаления (ЕРІС).

Результаты. По шкале Balthazar (без контрастного усиления) у 16 больных было 4 балла, по 1 – у 3-х и 0 баллов – у 1 больного. КТ индекс тяжести по шкале Balthazar (с контрастным усилением) у 6 человек равнялся 4 баллам, 6 – у 2-х, 8 – у 1 и 10 – у 1, 1 – у 1 и 0 баллов – у 2-х больных. КТ индекс тяжести по Mortelle у 6 человек был 6 баллов, 8 – у 3-х, 4 – у 2-х, 1 – у 1 и 0 баллов – у 1 больного. По шкале экстрапанкреатического воспаления у 6 человек было

4 балла, у 5 – 3 балла, у 4-х – по 2 балла, у 2-х по 1 баллу, у 1 – 5 баллов, у 2-х – 0 баллов. У 16 больных имелись признаки ретроперитонеального воспаления, у 12 – одностороннего и у 4 – двухстороннего, у 14 человек имелись признаки мезентериального воспаления. Некроз поджелудочной железы более 50 % был у одного больного, более 30 % – также у одного больного. У больных с низким показателем по шкале Balthazar, как правило, не было повышения показателей по другим шкалам. Только у 1 больной – 4 балла по шкале ЕРІС. Несмотря на выраженные изменения в парапанкреатической клетчатке, наличие жидкости, распространение процесса на брыжейку, большинство больных лечились консервативно с положительным результатом. Оперирован 1 больной с брюшинной флегмоной. На операции распространение процесса совпало с данными томографии. Умерло двое больных. Один – оперированный – умер от арозивного кровотечения, вторая больная 86 лет, у которой по шкале Balthazar было 0 баллов, а по ЕРІС – 4, умерла от полиорганной недостаточности.

Выводы. КТ при панкреонекрозе позволяет достаточно точно оценить изменения в самой железе и распространенность экстрапанкреатических осложнений. Шкала Balthazar помогает объективно оценить тяжесть процесса. В то же время даже значительная распространенность процесса с захватом брюшинной клетчатки и брыжейки по данным КТ не может являться показанием к операции, т.к. в большинстве случаев консервативная терапия оказалась эффективной.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА УЛЬТРАСТРУКТУРНОМ УРОВНЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Бугрова М.Л., Яковлева Е.И.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Летальность от тяжелых форм острого панкреатита (ОП) остается стабильно высокой. До настоящего времени полностью не раскрыты механизмы патогенеза панкреонекроза, а существующие взгляды на морфологические изменения в поджелудочной железе (ПЖ) при ОП не позволяют объяснить наличие столь разных вариантов течения болезни. Моделирование заболевания в эксперименте дает важную информацию о сути происходящих процессов, однако при этом не учитывается влияние множества «клинических»

факторов. Остаётся недостаточно раскрытым, что происходит в ПЖ в самый ранний период развития заболевания, какова динамика воспаления и повреждения на клеточном и субклеточном уровне, какие процессы ответственны за отчётливо выраженную фазовость течения. Вышеперечисленные нерешённые вопросы диктуют необходимость дальнейшего изучения ОП с различных позиций. С этой целью было предпринято исследование, направленное на изучение ультраструктурных изменений в ПЖ у пациентов с некротическим пан-

креатитом, их клинического и прогностического значения.

Материалы и методы. Данное исследование является пилотным, в него были включены 3 пациента с диагнозом некротического панкреатита, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы №35. Этиология алкогольная во всех 3-х случаях. Полиорганная недостаточность (ПОН) при поступлении выявлена у 1 больного, развилась в течение заболевания – у 2-х. В фазу ферментной токсемии при явлениях некупируемой ПОН умер 1 пациент, при развитии инфицированного панкреонекроза – 2: от прогрессирования ПОН – в 1 случае, в поздние сроки с развитием множественных кишечных свищей и профузного аррозивного кровотечения – в 1. Образцы ткани ПЖ забирали во время оперативного вмешательства в разные фазы течения заболевания, а также при аутопсии. Интраоперационную биопсию выполняли иглой 18G SPRING CUT STERILAB (Италия) с изменяемой длиной биопсийного окна 4–14 мм. Электронно-микроскопический анализ биоптатов поджелудочной железы больных проводили по стандартной методике (Саркисов Д.С. и соавт., 1996).

Результаты. У пациента, умершего в ранние сроки от некупируемой ПОН, в препаратах во всех полях зрения имели место некротические изменения панкреатоцитов с набуханием и деструктуризацией ядер и других органоидов клетки. Во втором

случае (развитие инфицирования панкреонекроза с прогрессированием ПОН) также обнаружили типичные для некроза паренхиматозных клеток признаки, но кроме этого наблюдали значительное количество фибробластов и коллагеновых волокон, а в нескольких полях зрения – сохранные панкреатоциты с гранулами зимогенов. У больного с инфицированным панкреонекрозом, умершего в поздние сроки, в биоптатах ПЖ в первые сутки заболевания преобладали изменения, характерные для апоптоза, также имелись малоизмененные клетки. На первой – второй неделе заболевания у данного пациента стали определяться и некроз клеток параллельно с нарастанием количества фибробластов и коллагена. К концу второго месяца заболевания ультраструктура ПЖ была представлена преимущественно фибробластами, коллагеновыми волокнами, незначительным числом сохранных панкреатоцитов и единичными клетками в состоянии некроза.

Выводы. В начальную фазу развития некротического панкреатита реализуются два различных механизма гибели клеток: собственно некроз и апоптоз. Процесс повреждения клеток не завершается в течение первых 3-х суток заболевания. Необходимы дальнейшие исследования для определения прогностической важности выявленных феноменов, корреляции с клиническим течением болезни, динамики изменений соответственно проводимому лечению.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Фомин А.В., Овсяник Д.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

Наряду с ростом заболеваемости острым панкреатитом увеличивается удельный вес его деструктивных форм. У части пациентов происходит инфицирование панкреонекроза с развитием гнойных осложнений, что удлиняет сроки лечения, истощает пациента, увеличивает риск летального исхода.

Цель исследования: изучить диагностическую значимость определения числа циркулирующих эндотелиальных клеток в выявлении инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование количества циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭК) плазмы крови 48 пациентов с острым панкреатитом находившихся на лечении в УЗ «БСМП» г. Витебска в 2011–2012 гг. Анализировали показатели в двух группах: основная – 40 (83,3 %) пациентов с деструктивным панкреатитом и контрольная – 8 (16,4 %) человек с отечной формой панкреатита.

Среди обследованных было 25 (52 %) мужчин и 23 (48 %) женщины. Возраст пациентов варьировал в пределах от 18 до 72 лет, средний – 54 ± 12 года.

Течение заболевания осложнилось развитием инфицированного панкреонекроза у 5 пациентов. Два пациента умерли.

Кровь для исследования у пациентов с деструктивным панкреатитом брали в динамике в 1, 3, 5, 7 и 14-е сутки с момента поступления, а при нахождении в стационаре более двух недель в дальнейшем через сутки. У пациентов с отечной формой панкреатита производили однократный забор крови в первые сутки госпитализации. Определение количества циркулирующих в крови эндотелиальных клеток проводили по методу J. Hladovec с соавт. (1978) в модификации Н.Н. Петрищева и соавт. (2001), основанному на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами и последующим осаждением тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата. Полученные данные обработаны статистически с использованием программы STATISTICA 7.0.

Результаты. У пациентов с деструктивными формами количество ЦЭК варьировало в зависимости от тяжести состояния, сроков госпитализации, наличия оперативного вмешательства, инфициро-

ванного панкреонекроза. Так, в перші сутки госпіталізації кількість ЦЭК становило $40,4 \pm 15,9$; треті сутки $35 \pm 12,4$; п'яті $41,9 \pm 17,7$; сьомі $42,1 \pm 15,8$; на чотирнадцяті сутки перебування в стаціонарі $37,8 \pm 10,4$. У пацієнтів з отічної формою панкреатиту кількість ЦЭК становило $28,6 \pm 8,5$.

Слід відзначити, що кількість циркулюючих ендотеліальних клітин у пацієнтів з деструктивними формами панкреатиту було достовірно вище, ніж у осіб з отічної формою панкреатиту. В теченні першої тижня лікування кількість ЦЭК суттєво не змінювалося. При благоприємному

теченні захворювання на 14 сутки і пізніше рівень ЦЭК знизювався, наближаючись до показателів контрольної групи. При неблагоприємному теченні з розвитком інфікованого панкреонекроза спостерігали негативну динаміку кількості ЦЭК: на 16 сутки рівень становив 42 ± 16 , 20-і сутки – $71 \pm 11,5$, 28-і сутки – $47 \pm 23,9$.

Висновок. Збільшення кількості циркулюючих в крові ендотеліальних клітин у пацієнтів з гострим панкреатитом з другої тижня госпіталізації може використовуватися як значимий показувач діагностики інфікованого панкреонекроза.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПІЧЕСЬКА ДЕКОМПРЕСІЯ БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Фомін В.С., Суворов Е.В., Евстифеев А.Ю., Смирнов Д.А.

ГБОУ ВПО «Московський державний медико-стоматологічний університет» Мінздравсоцразвитія Росії, Москва, Росія

Ціль дослідження: опрацювання техніки і використання лапароскопічної декомпресії (ЛД) брюшної порожнини (БП) і забрюшинної клітинки (ЗК), а також дренирування сальникової сумки (СС) в лікуванні пацієнтів в ферментативну фазу гострого панкреатиту.

Матеріали і методи. Проаналізовано історію лікування 41 пацієнта, знаходившогося на лікуванні в 14 ГКБ за період 2011–2012 гг. по приводу ОП. Всі пацієнти були госпіталізовані по каналу швидкої медичної допомоги. Тяжкість гострого панкреатиту оцінювалася згідно критеріям Ranson і шкалі Apache II. Полової деморфізм – 92 % чоловіків, у всіх пацієнтів етіопатогенетична форма – алкогольний ОП. Були виділені 2 групи: порівняння ($n = 20$) і основна ($n = 21$). Групи були порівнювані за віком, статтю, тяжкості стану. Застосовувалася єдина лікувально-діагностична тактика (ЛДТ) згідно наказів №181 і №320 Департаменту Здравоохорони г. Москви (2005 і 2011 гг. відповідно), відмінністю було виконання ЛД БП і ЗК.

Результати і їх обговорення. Лапароскопія при ОП виконувалася 43 пацієнтам з перитонеальним синдромом, в тому числі при наявності УЗ-ознак вільної рідини в брюшній порожнині, а також наявності рідинного скоплення в проекції СС. В групі порівняння виконувалося дренирування БП мінімум з 3 точок, дренажні трубки розміщувалися по каналам і в малому тазі. В основній групі зони дренирування розподілялися наступним чином: в малому тазі справа, по латеральному каналу зліва через 5мм порти ретроградно на «обратній» тракції з 11 мм «робочого» порта; справа під візуальним контролем к винслову отвір'ю. Додатково 1–2 дренажа заводилися безпосередньо в СС.

Дренирування СС виконувалося як при тракції за передню стінку шлунка м'яким гаспером, при ліфтингу передньої стінки ендоскопом в ході інтраопераційної ЕГДС, так і по оригінальній методикі (12 спостережень): в БП заводилися 5 мм тупоконечні металеві маніпулятори з обережною фенестрацією СС в зоні найменшої васкуляризації в області мезаколон. Після контакту проксимальних кінців інструментів під задньою стінкою шлунка (виконувалася елевация останньої – доказательство знаходження маніпуляторів в СС), використовуючи маніпулятори як проводники (аналог методикі Seldinger), в СС заводилися дренажні трубки. ЛД ЗК виконана в 4-х спостереженнях основної групи при розповсюдженні геморагічного пропитывання на ЗК вздовж восходящої і нисходящої ободочних кишків в зонах максимального ураження шляхом розтинання парієтальної брюшини з підведенням страховочних дренажів. В наступному ЛД повністю відповідавала протоколам лікування ОП. При порівнюваних критеріях тяжкості ОП вихідно, к теченню 1 фази відзначилася диссоціація в групах спостережень. Лише у 1 пацієнта основної групи не наступило абортівне течення ОП, в той час як в групі порівняння таких пацієнтів було 13 ($p \leq 0,05$). Дренажні трубки видалялися, починаючи з 2-х діб, по зменшенню ферментативної активності трансудату. Терміни госпіталізації і летальність в групах: основна – $8,9 \pm 2,3$ діб, без летальності, контрольна – $14,5 \pm 4,8$ діб ($p \leq 0,05$), 4 летальних історій.

Висновок. Застосування малоінвазивних технологій в лікуванні ОП дозволяє не тільки домогтися абортівного течення в 1 фазу захворювання, зменшити кількість ускладнень, знизити летальність, але і значимо і достовірно зократи

тять длительность стационарного этапа лечения. Вышеприведенные выводы позволяют рекомен-

довать ЛД БП, СС и ЗК как один из компонентов ЛДТ при ОП.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЙ ОРГАННОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Хилько С.С., Скоромный А.Н.

Кафедра хирургических болезней ФПО ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь, АР Крым, Украина

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с прогрессирующими формами острого панкреатита с учетом нарушений органной гемодинамики.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании результатов лечения 75 больных с острым панкреатитом средней и тяжелой степени. Все больные были разделены на 2 группы. Больным 1-й группы в полном объеме проводили базисную общепринятую терапию. Больным 2-й группы, наряду с базисной терапией, проводили озонотерапию в сочетании с введением кислороднесущих растворов (Перфторан 5 мл/кг 10% субмикронной эмульсии для внутривенного введения в 1 сутки и через 48 часов и озонированный изотонический раствор NaCl – концентрация озона 1,3–1,5 мг/л 400 мл раствора, внутривенно капельно; 1 раз в сутки на протяжении 7 и 10 дней при средней и тяжелой степени соответственно).

Результаты. Клинические исследования показали, что у больных с острым панкреатитом при поступлении в стационар уже имели место признаки развития печеночной недостаточности, проявляющиеся повышением активности щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ, увеличения содержания билирубина. Отмечался достоверный рост активности ЛДГ, снижение активности СДГ, α-ГФДГ и Г-6-ФДГ. Нарушение органной гемодинамики у исследуемых больных при поступлении в стационар сопровождалось достоверным повышением объемной скорости кровотока в печеночной артерии, печеночной и воротной венах, почечной артерии и вене, и в верхней брыжеечной артерии по сравнению с практически здоровыми лицами.

Включение предложенной схемы лечения в комплексную терапию больных 2-й группы, проявлялось достоверным сокращением продолжительности

основных синдромов заболевания: интоксикации, желтухи, гепатомегалии и приводило к более значимому и быстрому (к 4–5 суткам) снижению объемной скорости кровотока в исследуемых артериях и венах, достоверно более быстрому снижению содержания общего билирубина крови, активности щелочной фосфатазы, АЛТ и АсАТ в сыворотке крови, восстановлению уровня активности дегидрогеназ в нейтрофилах периферической крови больных, которым вводились препараты. Наиболее выраженный эффект наблюдался на 3–4 сутки наблюдения на фоне введения перфторана, со значимым сохранением влияния на протяжении всего времени циркуляции эмульсии в кровеносном русле (до 7–10 суток). Кроме того, антигипоксические свойства вводимых препаратов проявлялись быстрым переходом цитохимических процессов с анаэробного гликолиза на аэробное окисление и подтверждались восстановлением уровня активности дегидрогеназ в нейтрофилах периферической крови у больных 2 группы к 4–5 суткам. Отмеченные отличия изменений гемодинамики в абдоминальных сосудах больных с острым панкреатитом связаны, возможно, с особенностями реакций разных сосудистых областей на патологический процесс, в результате чего происходит перераспределение кровотока в органах брюшной полости.

Таким образом, предложенная схема лечения позволила уменьшить количество открытых операций на 13,2 %, послеоперационную летальность – на 7 % и общую летальность – на 10,3 %.

Выводы. Анализ результатов клинических исследований позволяет рекомендовать сочетанное применение перфторана и озонотерапии у больных с прогрессирующими формами острого панкреатита в качестве средств патогенетической терапии печеночной недостаточности.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Одним из факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений при операциях на печени является наличие у больных иммунной недостаточности, как следствие проявления основного заболевания.

У 14 больных с гемангиомой печени перед операцией наблюдали снижение Т-общих лимфоцитов и их субпопуляций (Т-акт., Т-хелп., Т-супр.), а также В-лимфоцитов. Уровень антигенонеспецифических циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) был

повышен. Спонтанная хемилюминисценция полиморфноядерных лейкоцитов превышала в 1,8 раз нормальный уровень, а индекс хемилюминисценции был снижен до 3,8 ед. В гуморальном звене иммунитета отмечалось повышение содержания фракции иммуноглобулинов Ig G, SIg A. После операции отмечали положительную динамику в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета. Выявлена нормализация показателей Т-общ. и субпопуляций лимфоцитов (Т-акт., Т-хелп.). Уровень В-лимфоцитов сохранялся пониженным. Показатели гуморального звена иммунитета нормализовались, за исключением SigA. Отмечена тенденция к снижению уровня антигенонеспецифических ЦИК.

У 19 больных с аденокарциномой печени наблюдали снижение содержания Т-общих лимфоцитов, Т-акт. и В-лимфоцитов. Одновременно отмечалось повышенным содержание сывороточных иммуноглобулинов классов IgG, IgE и секреторного компонента IgA. Уровень антигенонеспецифических ЦИК также было выше нормального значения. Показатели спонтанной хемилюминисценции полиморфноядерных лейкоцитов превышали нормальное значение более чем в 2 раза. В послеоперационном периоде не установлено значимых изменений в показателях клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Отмечено улучшение показателей спонтанной хемилюминисценции лейкоцитов, которые уменьшились в 1,9 раз. Индекс хемилюминисценции достигал нормальных значений.

У 19 больных с эхинококкозом печени перед операцией было выявлено некоторое снижение количества Т-лимфоцитов, их субпопуляций (Т-акт., Т-хелп., Т-супр.) и В-лимфоцитов. Фагоцитарная активность полиморфноядерных лейкоцитов была снижена. Спонтанная хемилюминисценция лейкоцитов превышала нормальный показатель более чем в 2 раза. Отмечалось некоторое повышение иммуноглобулинов IgG, IgE, IgM и SigA. На 5–7 день после операции не выявлено видимых изменений в клеточной субпопуляции Т- и В-лимфоцитов. Сохранялось угнетение фагоцитарной активности полиморфноядерных лейкоцитов. Спонтанная хеми-

люминисценция полиморфноядерных лейкоцитов оставалась высокой, а индекс спонтанной хемилюминисценции увеличился до 6,8 ед. Изменения гуморального звена иммунитета, выявленные до операции, отмечались и в послеоперационном периоде. Отмечено некоторое улучшение показателя антигенонеспецифических ЦИК и индекса хемилюминисценции.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных очаговыми новообразованиями печени (гемангиома, аденокарцинома и эхинококковая киста) до операции иммунной недостаточности по клеточному и гуморальному типу. Снижение количества Т-общих лимфоцитов отмечалось в большей степени у больных с аденокарциномой и эхинококкозом печени. Следует отметить, что у больных с гемангиомой и аденокарциномой печени Т-супрессоры определялись на нормальном уровне, а у больных с эхинококкозом печени они снижались. Снижение фагоцитарной активности полиморфноядерных лейкоцитов было более выраженным у больных с аденокарциномой печени. У всех больных наблюдалось высокое содержание IgG, причем более выраженное увеличение отмечалось у больных с аденокарциномой и эхинококковой кистой печени.

Через 5–7 дней после операций удаления гемангиомы печени наблюдалась нормализация показателей клеточного иммунного ответа, а у больных с аденокарциномой и эхинококковой кистой печени – оставались без изменений. Функция фагоцитарной системы у больных в раннем послеоперационном периоде оставалась сниженной. У больных с аденокарциномой и эхинококком печени после операции выявлено состояние гиперсенсibilизации. Уровень IgE у больных, оперированных по поводу аденокарциномы и эхинококковых кист печени, возрастал.

Выявленные изменения иммунной системы у больных с очаговыми образованиями печени перед операцией указывают на развитие вторичной иммунной недостаточности в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета, на необходимость применения антимикробных препаратов с профилактической целью в периоперационном периоде, а также назначения иммунокорректирующей терапии.

МИКРОБНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреев С.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: изучение феномена микробной транслокации у больных при эхинококкэктомии печени имеет важную роль в развитии послеоперационных инфекционных осложнений.

Материалы и методы. Микробную транслокацию изучали у 30 пациентов, которым выполняли операции по поводу эхинококкового образования

печени. Микробиологические исследования биосубстратов выполняли в начале операции и в периоде максимальной хирургической агрессии (перицистэктомии эхинококковой кисты). Во время первого и второго этапов проводили забор крови из воротной и периферической вен, а также проводилась биопсия лимфатического узла большого

сальника для последующего бактериологического исследования.

Результаты. Установлено, что в начале операции у 23,3 % больных в биоптатах лимфатических узлов был выявлен аэробные микроорганизмы, а у 56,7 % – анаэробные неспорообразующие бактерии. В крови, полученной из периферической вены у всех исследуемых больных, рост микрофлоры не отмечался. При посеве крови из системы воротной у 10 % пациентов наблюдали рост аэробных микроорганизмов, а у 3,3 % пациентов отмечен рост анаэробных неклостридиальных микробов. При выполнении второго этапа исследований было выявлено, что анаэробные микробы определялись в лимфатических узлах в 86,7 % случаев, а в 26,7 % – аэробные бактерии. В крови системы воротной вены (10 %) и периферической вены (6,7 %)

высеивались анаэробные бактерии. Аэробные микробы высеивались у 13,3% больных из системы воротной вены, а у 16,7 % – из периферической вены.

Выводы. Наличие микроорганизмов в лимфатических узлах и в крови больных в начале операции свидетельствует об их транслокации в места, которые заведомо должны быть стерильными; наличие микроорганизмов в биосубстратах в начале оперативного вмешательства свидетельствует о том, что причиной микробной транслокации является наличие патологического процесса; количественные и качественные изменения микрофлоры, выделенной из биосубстратов в процессе оперативного вмешательства, свидетельствуют о повышении процесса микробной транслокации, степени снижения защитных свойств больных.

МИКРОФЛОРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ РАН, ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ И ДРУГИХ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреев С.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Известно, что инфекционные послеоперационные осложнения у стационарных больных вызываются преимущественно госпитальной микрофлорой с множественной резистентностью к антибактериальным препаратам. При выполнении операций на печени необходимо руководствоваться результатами микробиологического мониторинга возбудителей госпитальных штаммов. В связи с этим была изучена микрофлора, выделяемая из раневого отделяемого и дренажей области операционной раны больных с развившейся инфекцией после плановых операций.

Проведенный мониторинг госпитальных микроорганизмов с 2007 по 2011 гг. показал, что в развитии инфекционно-воспалительных раневых осложнений в абдоминальной хирургии доминируют грамположительные и некоторые штаммы грамотрицательных микробов. Среди грамположительных микробов ведущее место занимают энтерококки (12,7–18,8 %) и стафилококки (15,8–15,3 %). Среди грамотрицательных микроорганизмов преобладали *E. coli* (15,2–17,0 %) и *Klebsiella pneumoniae* (7,6–11,2 %).

Микрофлора, выделенная в 2007 году, была представлена грамположительными (236 штаммов – 51,3 %), грамотрицательными (239 – 41,1 %) микроорганизмами и грибами рода *Candida spp.* (41 – 7,6 %) в монокультуре или в ассоциациях. Наиболее часто из раневого отделяемого выделяли *E. coli* (15,2 %), стафилококки (15,8 %), энтерококки (12,7 %).

В 2008 г. по сравнению с предыдущим годом отмечается снижение высеваемости как грамположительных микроорганизмов (80 – 45,2 %), так и грамотрицательных (66 – 37,3 %).

В 2009 г. в сравнении с 2007 г. отмечалось небольшое снижение высеваемости грамположительных микробов (190 – 49,8 %) в основном за счет высеваемости энтерококков 12,8 %. Среди грамотрицательных микробов (159 – 41,8 %) отмечено снижение высеваемости *E. coli* (11,5 %). Выделение грибов возросло до 8,7 %.

Динамика выделения микроорганизмов в 2010 и 2011 гг., сохранялась без выраженных изменений высеваемости по сравнению с 2009 г.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хлебников Е.П., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Лечение инфекций в абдоминальной хирургии остается до настоящего времени все более актуальной проблемой. Для улучшения результатов лечения больных с гнойными осложнениями в

абдоминальной хирургии необходимо адекватное хирургическое вмешательство наряду с применением высокоэффективной антибактериальной терапией.

Вопрос адекватной антибактериальной терапии в абдоминальной хирургии до настоящего времени является сложным. Одной из важных проблем лечения инфекционных осложнений является массивная полимикробная контаминация зоны операции и других экониш, несмотря на разнообразную лечебную тактику и подходы воздействия на инфекционный процесс. Препятствием к эффективному применению антибактериальных препаратов является интенсивное развитие резистентности микроорганизмов к большинству современных антибактериальных средств. Наибольший интерес представляют собой аэробные грамотрицательные микроорганизмы: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*) и грамположительные микробы: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*).

При проведении антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций необходимо учитывать основные принципы.

1. Антибактериальная терапия является обязательной составляющей комплексной терапии интраабдоминальной инфекции. При этом проводимая антибактериальная терапия дополняет хирургическое лечение, но ни в коем случае не заменяет ее.

2. Применяемые антибактериальные препараты должны быть активными в отношении этиологически значимых возбудителей интраабдоминальной инфекции.

3. Назначаемые антибактериальные препараты должны обладать адекватными фармакокинетическими характеристиками, хорошо проникать в очаг воспаления.

4. Антибактериальная терапия должна проводиться с учетом потенциальных нежелательных реакций, индивидуальной непереносимости препарата.

5. В случае развития почечной недостаточности необходимо назначать антибактериальные препараты с учетом клиренса креатинина.

6. При назначении антибактериальных препаратов следует принимать во внимание фармакоэкономические аспекты терапии.

7. Проведение системной антибактериальной терапии необходимо сочетать с санированием инфицированных экониш современными антисептиками.

8. Развитие послеоперационных инфекционных осложнений в абдоминальной хирургии, рассматриваемое как проявление внутрибольничной инфекции необходимо руководствоваться основными принципами профилактики внутрибольничных инфекций, утвержденными Минздравсоцразвития России:

- оптимизация системы эпидемиологического надзора за ВБИ;
- совершенствование лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ВБИ;
- повышение эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;
- оптимизация мер профилактики ВБИ с различными путями передачи и борьба с ними;
- рационализация основных принципов госпитальной гигиены;
- оптимизация принципов профилактики ВБИ медицинского персонала;
- разработка стратегии и тактики применения антибиотиков и химиопрепаратов;
- оценка экономической эффективности мероприятий по профилактике ВБИ;
- при выделении из жидкости или ткани анаэробной неклостридиальной микрофлоры рекомендуется дополнительно назначать к рекомендуемым стандартным антибактериальным препаратам метронидазол 1,5 г/сутки;
- в случае выделения из тканей *S. aureus*, *Enterococcus spp.* рекомендуется коррекция антибактериальной терапии назначением ванкомицина 2,0 г/сутки или линезолида 1,2 г/сутки.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреев С.С.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

В связи с повсеместным распространением резистентной микрофлоры, уровень которой в ряде случаев достигает таких величин, что некоторые ранее высокоактивные антибиотики стали терять свою клиническую значимость, важное значение для выбора препарата имеет информация о чувствительности выделяемой в стационаре госпитальной микрофлоры к антибактериальным лекарственным средствам. Знание о чувствительности микрофлоры к препаратам в стационаре имеет особое значение при проведении эмпирической терапии (и, естественно, профилактики), когда неизвестен возбу-

дитель и его чувствительность к антимикробным лекарственным средствам. В этих случаях следует ориентироваться на информацию о циркулирующей госпитальной микрофлоре конкретного стационара и ее резистентности. Установлено, что имеется отчетливая тенденция к снижению чувствительности многих госпитальных штаммов микроорганизмов к разным антибактериальным препаратам. Ко многим препаратам, широко применяемым в клинике, развивается высокая резистентность микроорганизмов, вследствие чего теряется (или снижается) клиническая значимость этих лекарственных средств.

Учитывая повсеместный рост резистентности микробов к антибактериальным препаратам, проанализирована чувствительность выделенной грамотрицательной микрофлоры к ранним фторхинолонам, цефалоспорином и карбапенемам с 2007 по 2011 гг. Установлено, что значительная часть микробов кишечной группы и *P. aeruginosa* обладают достаточно высокой резистентностью к фторхинолонам. Резистентность *E. coli* к ципрофлоксацину колеблется от 73,9 до 59 %, *Klebsiella pneumoniae* – от 50 до 46,3 %, *P. aeruginosa* – от 62,5 до 59,5 %. В то же время сохраняется высокая чувствительность *E. coli* к имипенем/циластатину (95,9%), меропенему (94,5 %), амикацину (91,8 %), цефоперазон/сульбак-

таму (91,2 %); *P. aeruginosa* – к цефоперазон/сульбактаму (77,8 %), амикацину (73,7 %), нетилмицину (80,6 %); *Enterobacter spp.* – имипенем/циластатину (100 %), меропенему (100 %), амикацину (86,7 %), цефоперазон/сульбактаму (93,5 %) и *Klebsiella pneumoniae* к меропенему (94,9 %), имипенем/циластатину (94,9 %), амикацину (75,6 %), нетилмицину (72,2 %).

В связи с изложенным, возникает необходимость включать в схему профилактического применения ряд антимикробных средств, к которым сохраняется достаточно хорошая чувствительность потенциальных возбудителей послеоперационных инфекционных осложнений, особенно у тяжелых больных, имеющих факторы риска.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ

Хубутія М.Ш., Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Андрейцева О.И., Чжао А.В.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Россия

В последние десятилетия наметилась отчетливая тенденция к развитию нового подхода, связанного с дооперационной оценкой прогноза заболевания. Предметом интереса многих исследователей является выявление факторов, позволяющих выделить из общего числа больных группу с доказанной наименьшей вероятностью рецидива после трансплантации печени.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты трансплантации печени при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) в зависимости от используемых предоперационных критериев.

Материалы и методы. За период с сентября 2000 года по февраль 2012 года нами выполнено 37 ортотопических трансплантаций печени по поводу ГЦР. Трое пациентов было исключено из исследования в связи со смертью в раннем послеоперационном периоде. В исследование вошло 11 (32,4 %) пациентов с Миланским критерием и 23 (67,6 %) – с расширенными критериями. Причинами развития ГЦР на фоне цирроза печени у 24 (70,6 %) пациентов был вирусный гепатит С, у 4-х (11,8 %) больных – вирусный гепатит В+D и у 6 (17,6 %) – вирусного гепатита не было выявлено. В зависимости от степени тяжести по MELD: 3 (8,8 %) пациентов имели от 6 до 16 баллов, 29 (85,3 %) – 17–27 баллов и 2 (5,9 %) – 27–40 баллов. В соответствии с классификацией TNM: T₂N₀M₀ – 9 (26,5 %) больных, T₃N₀M₀ – 9 (26,5 %), T₄N₀M₀ – 15 (44,1 %), T₄N₁M₀ – 1 (2,9 %). В зависимости от максимального размера и количества узлов ГЦР: одиночная опухоль или 2–3 опухоли 5 см и менее – 14 (41,2 %), одиночная опухоль или 2–3 более 5 см – 10 (29,4 %), множественные опухоли (> 3) – 10 (29,4 %).

Результаты. Для оценки влияния максимального размера и количества узлов ГЦР на выжива-

емость мы провели регрессионный анализ у всех больных (n = 34) и у пациентов в выделенных группах с помощью модели Кокса. При одно- и двухфакторном анализе ни максимальный размер узла опухоли, ни их количество не были статистически значимыми факторами, влияющими на выживаемость. Соотношение рисков для общей выживаемости в сравниваемых группах 1 узел или 2–3 ≤ 5 см против 1 узла или 2–3 > 5 см, а также множественных узлов составило 2,1 (95% ДИ 0,9–3,3). Вероятность общей выживаемости для больных с критерием 1 узел или 2–3 ≤ 5 см была в 2 раза выше по сравнению с пациентами – 1 узел (2–3) > 5 см и множественные узлы. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость после трансплантации печени составила 46,8 % и 42,1 % соответственно. 5-летняя выживаемость у пациентов с Миланским критерием – 63,6 % и 60 % соответственно. При использовании расширенных критериев таковая общая и безрецидивная выживаемость – 36 % и 35 % соответственно. Разница между этими группами не была статистически достоверной. Риск общей выживаемости у больных, выходящих за пределы Миланского критерия, был более чем в 1,5 раза ниже по сравнению с пациентами с таковым критерием (95% ДИ 1,31–2,03).

Заключение. При отборе больных ГЦР на трансплантацию печени Миланский критерий позволяет достичь выживаемости более чем у 60 % пациентов. При прогнозируемой 50 % 5-летней выживаемости могут быть применимы и расширенные критерии. Актуальным является создание новой прогностической системы с использованием клиничко-патологических и молекулярных особенностей опухоли.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чжао А.В.¹, Ионкин Д.А.¹, Чугунов А.О.², Коваленко Ю.А.², Жаворонкова О.И.¹, Ветшева Н.Н.¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Россия

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов с неоперабельным раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. Для проведения криодеструкции использовали аппарат «КРИО-МТ» (Россия). Вмешательство производилось из срединного лапаротомного доступа под ультразвуковым контролем за зоной формирования «ice-ball». Криодеструкция была произведена у 23-х пациентов – по поводу рака поджелудочной железы (16 – головки ПЖ, 7 – тела железы). Средний возраст больных – 49 ± 2 года. Размеры образований в поджелудочной железе колебались от 2,5 до 10 см. Рак поджелудочной железы (n = 23): IV стадия – 15 пациентов, III – 8. Длительность криоабляции составила от 2 до 5 мин. замораживания при Т°С от -175 до -186 °С. Число сеансов на 1 очаг – от 1 до 5. Близкое расположение магистральных сосудов не являлось противопоказанием к проведению криолизиса. Для оценки эффективности проводился МРТ-контроль в первые 24 часа после выполнения криолизиса, УЗИ через 1, 3, 6 дней, а затем – через 2, 4, 6, 8 месяцев.

Результаты. Ближайшие результаты. Нами были отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение (n = 2),

острый панкреатит (n = 4), нагноение послеоперационной раны (n = 2). В 4-х наблюдениях было отмечено появление асцита, который на фоне консервативного лечения излечивался в сроки 5–8 дней. В ближайшем послеоперационном периоде у всех больных отмечалось либо полное купирование болевого синдрома (52 %), либо значительное снижение его интенсивности (48 %). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было.

Отдаленные результаты. Максимальный срок наблюдения составил 30 мес. В настоящее время пациентов с распространением опухолевого процесса за пределы поджелудочной железы в живых нет. Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с раком поджелудочной железы: 6 мес. – 56 %, 12 мес. – 32 %, 24 мес. – 17 %, 28 мес. – 4,3 %.

Заключение. Близкое расположение магистральных сосудов не является противопоказанием к проведению криодеструкции злокачественных образований поджелудочной железы. Криодеструкция при раке поджелудочной железе у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. Отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Чжао А.В.¹, Ионкин Д.А.¹, Чугунов А.О.², Коваленко Ю.А.², Жаворонкова О.И.¹, Ветшева Н.Н.¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Россия

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. Для проведения криодеструкции использовали аппарат «КРИО-МТ» (Россия). Вмешательство производилось из лапаротомного доступа под ультразвуковым контролем. С 2007 года криодеструкция была произведена у 25 пациентов, из них по поводу первичного (ГЦР) – в 7 (18,0 %) случаях, метастатического рака (МТС) – в 18 (72,0 %). Средний возраст больных – 57 ± 3 года. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов – от 1 до 10 (4 ± 3). Длительность криодеструкции составила от 2 до 5 мин. замораживания

при Т°С от -175 до -186 °С. Число сеансов на 1 очаг было от 1 до 5. У 3-х больных с ГЦР и у 1 с МТС колоректального рака криодеструкция дополнена чрескожной алкоголизацией очагов в послеоперационном периоде. Всем больным в последующем была проведена адъювантная химиотерапия, в 6 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Ближайшие результаты. Нами были отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение (n = 3), нагноение послеоперационной раны (n = 1). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было.

Отдаленные результаты. Максимальный срок наблюдения составил 30 мес. Из 5 пациентов с рас-

пространением опухолевого процесса за пределы печени в настоящее время жива 1 больная со сроком наблюдения 30 мес. Всего живых – 2 больных, переживших 30 месяцев. При МТС в печень ($n = 17$) было следующее распределение больных: IV стадия – 14, пациентов, III стадия – 3. При ГЦР ($n = 6$) в настоящее время живы двое больных.

Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с МТС в печень: наблюдение за 2010 год: 6 мес. – 84 %, 12 мес. – 66 %, 24 мес. – 41 %; наблюдение за 2011

год: 6 мес. – 53 %, 12 мес. – 29 %, 24 мес. – 15 %, 33 мес. – 15 %.

Заключение. Криодеструкция при первичном и метастатическом раке печени у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающем качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. При применении химиотерапевтического лечения отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОГЕНЕЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Чукина О.В., Щетинин Н.А., Стадников А.А., Тарасенко В.С., Волков Д.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

СЭН моделировали в условиях экспериментального острого панкреатита (ЭОП) на морских свинках по Mallet Guy (1961). Животные были разделены на три группы: А – без лечения; В – получавшие 6 мл/кг/сут 0,85% раствора NaCl; С – получавшие 300 мг/кг/сут аскорбиновой кислоты (АК).

При микроскопии отмечаются полнокровие печени, уменьшение поперечных размеров печеночных балок, расширение межбалочных капилляров и просвета центральной вены. Структурные изменения носили выраженный гетероморфный характер. Определялись гепатоциты с пикнотически измененными ядрами и выраженными процессами деструкции в цитоплазме. В цитоплазме таких клеток отмечались мелкая зернистость, вакуоли разных размеров, липидные капли, разрушающиеся митохондрии, расширенные канальцы эндоплазматической сети и цистерны пластинчатого комплекса Гольджи, аутофагосомы. Количество подобных клеток возрастало к 5 суткам.

В некоторых гепатоцитах отмечались процессы разрушения мембран. В печеночных балках встречались двуядерные и многоядерные клетки. В таких клетках были видны фигуры митоза. Одновременно определялись печеночные клетки с признаками гидропической и баллонной дистрофии.

В процессе развития жировой дистрофии в гепатоцитах определяли липидные включения. Капля липидов оттесняла относительно сохраненные органеллы на периферию клетки, которая становилась перстневидной. Некоторые клетки погибали, жировые капли сливались и образовывали внеклеточные жировые кисты, вокруг которых возникала клеточная реакция с начальными признаками разрастания соединительной ткани (5 сут).

Портальная и внутривенная строма диффузно инфильтрировалась лимфоцитами и макрофагами. Значительно увеличивалось количество ретикулоэндотелиоцитов. Полнокровие в органе приводило к деструктивным изменениям стенки сосудов микроциркуляторного русла.

Определялось выраженное полнокровие тканей печени и их отек, расширение перисинусоидных пространств, сплюсывание звездчатых ретикулоэндотелиальных клеток. В гепатоцитах наблюдали деструктивные процессы, которые сопровождалось нарушением межклеточных контактов. Отмечено замедление выведения желчи из печеночных клеток. Встречались очаги кровоизлияний и расширенные лимфатические сосуды.

В междольковой соединительной ткани вокруг триад прослеживался отек, плазморрагия, выход нейтрофильных лейкоцитов за пределы сосудистых стенок. В отдельных дольках определялось очаговое нарушение кровообращения, печеночные клетки, прилежащие к центральным венам подвергались процессам дегенерации.

Отмечали лейкоцитарную инфильтрацию очагов гибели клеток, в гемокапиллярах встречались лейкоцитарные скопления. Печеночные балки были истонченными, в гепатоцитах развивалась белковая и жировая дистрофия.

При воздействии АК отмечались уменьшение экстравазации плазмы и выхода форменных элементов крови в периваскулярное пространство. Улучшение кровоснабжения печеночной дольки, желчевыведения приводило к стабилизации реактивных изменений в клетках. В печеночной дольке определялись в структурном отношении малоизмененные клетки, возрастало количество двуядерных гепатоцитов наряду с уменьшением числа деструктивно измененных. Отмечали процесс восстановления мембран печеночных клеток и межклеточных контактов. Ядра клеток характеризовались увеличением в них эухроматиновых зон и наличием небольших по размерам ядрышек.

В цитоплазме наблюдали уменьшение просвета канальцев эндоплазматической сети и цистерн пластинчатого комплекса, размеров и количества вакуолей и липидных капель, аутофагосом, увеличение количества связанных и свободных рибосом, мито-

хондрій. В мітохондріях визначалися мембрани, кристи і матрикс. В гепатоцитах активізувалися метаболічні процеси. Також відзначалося посилення регенераторних процесів в ендотеліоцитах і зірчатих клітках.

Введення АК покращує структурну організацію гепатоцитів і кліток кровоносних судів. Знижує явища набряку в тканинах печінки. Це свідчить про створенні необхідних умов для реалізації ними репаративних можливостей.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Чуклин С.Н., Гранат О.Б., Бигальский И.Ю.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Введение. У больных острым некротическим панкреатитом после некрсеквестрэктомии или чрескожного дренирования нагноенных парапанкреатических скоплений жидкости или псевдокист часто существуют длительные выделения из дренажей, что связано, в основном, с повышенной вязкостью секрета. В 1983 году van Waes с соавт. впервые продемонстрировали эффективность N-ацетилцистеина в разрушении вязкости дренируемого отделяемого и исчезновении внутрибрюшных абсцессов без системных побочных эффектов.

Материалы и методы. 7 больным острым некротическим панкреатитом в послеоперационном периоде через дренажи вводили N-ацетилцистеин.

Результаты. После некрсеквестрэктомии у 6 больных и после чрескожного дренирования катетером типа «rig-tail» у 1 сохранялось скопление жидкости, удерживались септические эпизоды (продолжались подъемы температуры тела в течение семи суток). Эти скопления плохо дренировались, потому что секрет был очень вязкий. Количество

выделений составляло 50–70 мл. Этим больным вводили в дренажи по 1200–1800 мг N-ацетилцистеина в сутки. Через 6–7 суток было отмечено увеличение количества отделяемого до 270–300 мл, нормализацию температуры тела. Постепенно количество дренируемого секрета уменьшилось до исходного через 2–3 недели. Дальнейшее амбулаторное лечение больных позволило достичь выздоровления больных в среднем через два месяца.

Выводы. Для улучшения дренажной функции после оперативных вмешательств для уменьшения вязкости секрета целесообразно местное введение N-ацетилцистеина. N-ацетилцистеин способен восстанавливать экстрацеллюлярный цистин в цистеин, а также выступать в качестве источника свободных сульфгидрильных (SH) групп, которые играют ведущую роль в муколитическом действии препарата. Они способствуют разрыву дисульфидных связей кислых мукополисахаридов, приводя к деполаризации мукопротеинив и уменьшению вязкости секрета.

ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Чуклин С.Н., Гранат О.Б., Бигальский И.Ю.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Введение. Нарушения со стороны центральной нервной системы, которые возникают на начальных стадиях острого некротического панкреатита, описаны как панкреатическая энцефалопатия (ПЭ). Панкреатическая энцефалопатия – необычное осложнение острого панкреатита, является одним из проявлений синдрома полиорганной дисфункции (СПОД) и сопровождается высокой летальностью – 10–57%. Современные исследования доказали значение многих факторов в патогенезе ПЭ. Объяснение патогенеза ПЭ и различных триггеров является путем к эффективной клинической профилактике и лечению.

Доказано, что свободные радикалы кислорода играют важную роль в патогенезе острого некротического панкреатита, осложненном повреждением головного мозга, поэтому применение антиоксидантов может улучшить течение заболевания.

Материалы и методы. Обследован 181 больной острым некротическим панкреатитом. У пятнадцати из них наблюдали нарушения со стороны центральной нервной системы. Помимо стандартных обследований в крови больных определяли общую антиоксидантную емкость и уровень глутатиона в эритроцитах. В комплекс лечения таких больных мы дополнительно вводили этилметилгидроксипиридина сукцинат (2-этил-6-метил-3-оксипиридин сукцинат). При оценке эффективности фармако-терапевтического влияния препарата анализировалась динамика субъективной и объективной клинической симптоматики с использованием скрининговой нейропсихологической методики MMSE (Mini-Mental State Examination) и изменения показателей уровня восстановленного глутатиона (GSH).

Результаты. При проведении обследований было отмечено, что нарушения в деятельности ЦНС у больных острым панкреатитом существенно коррелирует с недостаточной мощностью антиоксидантных систем ($Z = -2,62159, p = 0,008753$), в первую очередь с нехваткой глутатиона ($Z = -3,41915, p = 0,000628$). Этилметилгидроксипиридина сукцинат вводился шести больным в суточной дозе 800 мг в течение 5–7 суток. У всех больных произошло улучшение состояния, ликвидировались признаки нарушения деятельности ЦНС через 3–5 суток. Препарат хорошо переносился больными, побочных эффектов не было. В группе больных, когда препарат не применялся, двое умерли при нарастающих явлениях СПОД, трое были переведены в специализированное отделение вследствие резкого ухудшения состояния и возбуждения ($\chi^2 = 5,00, p = 0,0254$). После введения этилметилгидроксипиридина сукцината, по сравнению с группой сравнения, увеличился уровень восстановленного глутатиона в эритроцитах

($Z = -3,41915, p = 0,000628$), он практически нормализовалось, и возросла суммарная антиоксидантная мощность ($Z = 2,449490, p = 0,014306$).

Выводы. У больных острым панкреатитом, осложненным энцефалопатией, наблюдается выраженный дисбаланс метаболизма глутатиона. Установленное снижение глутатиона в эритроцитах у больных с панкреатической энцефалопатией может отображать нарастающую потребность в нем на клеточном уровне. В связи с этим, повышение защитных возможностей с использованием препаратов с антиоксидантными свойствами на фоне глутатионовой цитопротекции может способствовать не только процессам адаптации, но и репарации. Фармакологическая поддержка этилметилгидроксипиридина сукцината приводит к восстановлению концентрации GSH у больных панкреатической энцефалопатией. Это сопровождается улучшением клинического течения заболевания, что доказывает целесообразность применения препарата.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Мыльников А.Г., Шабрин А.В.

Кафедра госпитальной хирургии №2 ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

В последние годы значительно увеличилось число пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнениями, нуждающихся в оперативной коррекции. Все большее место в лечении данной категории больных находят эндоскопические транспапиллярные методики и в первую очередь ретроградное панкреатическое стентирование.

Цель исследования: определить место эндоскопических транспапиллярных вмешательств в лечении хронического панкреатита и его осложнений.

Материалы и методы. В период с 1.01.1998 по 01.05.2012 в клинике было выполнено 6598 ретроградных эндоскопических вмешательств на БДС. При этом ХП и его осложнения являлись показаниями к эндоскопическим операциям в 169 (2,5 %) случаях у 107 больных. Мужчин было 63 (58,9 %), а женщин – 44 (41,1 %). Средний возраст составлял $52,4 \pm 12,4$ года. Группу исследования составили 51 (47,7 %) пациентов со стриктурами ГПП, 39 (36,4 %) – с наружными и внутренними панкреатическими свищами и 17 (15,9 %) с доброкачественными новообразованиями большого дуоденального сосочка. У всех больных со стриктурами ГПП и панкреатическими свищами после предварительно выполненной ЭПСТ и вирсунготомии производилась попытка выполнения панкреатикодуоденального протезирования. При этом панкреатическое стентирование предворялось выполнением баллонной дилатации в 9 случаях, а у 10 пациентов предварительно удалили конкременты из Вирсунгова протока. В группе паци-

ентов с образованиями БДС, приводящими к стенозу устья ГПП, было проведено эндоскопическое лечение в объеме электороэксцизии новообразования с последующим профилактическим панкреатическим стентированием.

Результаты. Эндоскопическое ПДП было успешно выполнено в 74 наблюдениях (69,2 %). Панкреатическое стентирование удалось провести в 32 из 51 (62,7 %) случаях стриктур ГПП, в 25 из 39 (64,1 %) наблюдений с панкреатическими свищами и у всех 17 (100 %) больных с образованиями БДС. В то же время, панкреатическое стентирование у больных с ХП и его осложнениями явилось окончательным методом лечения в 53 (71,6 %) наблюдениях. В эту группу вошли 14 (26,4 %) пациентов со стриктурами ГПП на разных уровнях, 22 (41,5 %) – с панкреатическими свищами, а так же 17 (32,1 %) пациентов с ХП, вызванным ДНО БДС. Временное стентирование Вирсунгова протока было выполнено в 21 (28,3 %) случае, в которых эндоскопические ретроградные вмешательства являлись этапом подготовки к выполнению хирургического вмешательства.

Осложнения после эндоскопических вмешательств в нашем исследовании встретились в 11 (6,5 %) случаях, излеченных консервативным путем. Летальных исходов после эндоскопических вмешательств в нашем наблюдении не было.

Выводы. По результатам проведенного нами исследования панкреатическое стентирование было технически осуществимо в 69,2 % наблюдений

лечения ХП и его осложнений. При этом эндоскопическая коррекция может являться окончательным методом лечения у 27,5 % больных со стриктурами ГПП, в 88 % случаев при панкреатических свищах и

во всех наблюдениях у пациентов с ДНО БДС. При этом эндоскопическое панкреатическое стентирование имеет относительно невысокий уровень осложнений (6,5 %).

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Шестопапов С.С., Дольников М.Е., Рышков И.Л.

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Челябинск, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения деструктивного панкреатита путем оптимизации тактики и выбора метода хирургического пособия.

Материалы и методы. За период 2007–2011 гг. в отделении гнойной хирургии пролечено 116 пациентов, оперированных по поводу панкреонекроза. Из них мужчин 69 (59,5 %), женщин 47 (40,5 %). Данный период времени мы разделили на два этапа; первый – 2007–2009 гг. (75 больных – 64,7 %), второй – 2010–2011 гг. (41 пациент – 35,3 %). Это связано с тем, что в декабре 2009 г. в г. Челябинске была проведена областная конференция по проблемам лечения деструктивного панкреатита. Итогом стали рекомендации по ранней консервативной терапии в стационарах по месту жительства. Были ограничены показания к резекционному методу лечения поджелудочной железы, широкой срединной лапаротомии, как наиболее травматичному доступу и расширены показания для мини-доступов. Тактика ведения данной категории больных в городах и районах области с 2010 г. согласовывалась с хирургами и реаниматологами ЧОКБ. В результате значительно увеличилось количество больных, которым ранняя диагностика и терапия начиналась в стационарах по месту жительства. Это способствовало развитию менее распространенных форм гнойных осложнений панкреатита. Изменение тактики ведения больных позволило уменьшить средний койко-день с 52,6 до 35,8. Основными причинами развития панкреонекроза являлись: алкоголь – 51,2 %, желчно-каменная болезнь – 24,4 %. В этиологии заболевания увеличился процент посттравматического панкреатита с 8 % до 14,6 %, уменьшилось количество осложнений после операций на поджелудочной железе с 13,3 % до 9,8 %. За счет своевременно начатого лечения в стационарах по месту жительства значительно увеличилось количество очаговых форм панкреонекроза с 30,7 % до 46,3 % в 2011 г., в то же время

уменьшилось число распространенных форм с 69,3 до 53,7 %. Показания и объем оперативного пособия определялся распространенностью гнойного процесса. В период 2007–2009 гг. выполнялись в основном следующие виды операций: лапаротомия, некрэктомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки, парапанкреатической, забрюшинной флегмоны – 30; оментобурсостомия – 18, дистальная резекция поджелудочной железы – 27. Характер операций в 2010–2011 гг. существенно изменился: дистальных резекций было произведено только 2, оментобурсостомия – 10, широкая срединная лапаротомия со вскрытием парапанкреатической и забрюшинной флегмоны с некрэктомией – 25, вскрытие абсцессов, забрюшинной флегмоны из мини-доступов – 4. В результате уменьшилось количество и процент осложнений: аррозивное кровотечение с 26 (34,6 %) до 11 (26,8 %), кишечные свищи с 19 (25,3 %) до 5 (12,2 %), панкреатогенный сахарный диабет с 7 (9,3 %) до 1 (2,4 %). В связи с изменившимся подходом к лечению мы получили значительное снижение летальности с 48 % в 2007–2009 гг. до 26,8 % в 2010–2011 годах.

Заключение. Несмотря на значительное снижение летальности, она остается довольно высокой – 26,8 %. Для дальнейшего снижения уровня смертности при деструктивном панкреатите мы считаем, что необходимо соблюдение следующих условий:

- данной патологией должны заниматься хирурги-панкреатологи совместно с реаниматологами;
- широкое внедрение эндохирургических методов лечения;
- обеспечение хирургических отделений центральных районных больниц наборами для выполнения операций из мини-доступа;
- широкая срединная лапаротомия и резекционные методы лечения поджелудочной железы должны выполняться только по строгим показаниям.

**СЕКЦІЯ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Абакшин Н.С., Медведев А.М.

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Ярославль, Россия*

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью в различные сроки после холецистэктомии путем оценки показателей качества жизни.

Материалы и методы. Произведена оценка показателей качества жизни 110 пациентов в различные сроки после холецистэктомии (опросник MOS SF-36). В исследуемой группе было 17 % мужчин и 83 % женщин в возрасте от 40 до 70 лет. Прямое и перекрестное сравнение производили между различными группами пациентов в зависимости от возраста, периода наблюдения, способа оперативного вмешательства, степени исходного воспаления желчного пузыря.

Результаты. Установлено, что качество жизни больных после выполнения холецистэктомии после 1 года зависит от возраста больных, степени исходного воспаления желчного пузыря и варианта выполнения холецистэктомии. В частности, через 1–3 года после операции более высокие показатели качества жизни отмечали у больных после выполнения операции по поводу хронического холецистита лапароскопическим методом (показатели по всем категориям выше в среднем на 7 ± 2 балла ($p < 0,05$)). При выполнении классической холецистэктомии показатели качества жизни снижаются, по-видимому, в основном за счет операционной травмы. Это проявилось, прежде всего, различной степенью интенсивности болевого синдрома, социального функционирования и психического здоровья. Исследования показали, что после лапаро-

скопической холецистэктомии по поводу хронического холецистита данные показатели превышали аналогичные после открытой холецистэктомии на 10–15 % ($p < 0,05$). С возрастом больных отмеченные моменты сглаживаются. В более отдаленные сроки после холецистэктомии существенные различия между различными показателями качества жизни уменьшаются. В частности, варианты хирургического пособия через 10 лет после операции не влияют на качество жизни. Значения по всем категориям находятся примерно на одном уровне, отличаясь в среднем на $1 \pm 0,35$ балла ($p > 0,05$). В этом плане на первое место выступает появление сопутствующей патологии, которая искажает истинное представление о влиянии холецистэктомии на организм. Нередко провести четкую грань различия между ними весьма затруднительно. Снижение качества жизни через 10 лет и более после операции определяется, главным образом, появлением осложненной ультразвуковой семиотики гепатобилиарной зоны. Это связано, прежде всего, с увеличением головки поджелудочной железы, диаметра холедоха и выявлением резидуальных камней. Такие больные требуют углубленного стационарного обследования и лечения. Варианты лечения в каждом конкретном случае индивидуальны и определяются доминированием обнаруженной во время обследования патологии.

Выводы. Изучение качества жизни пациентов в различные сроки после холецистэктомии позволяет эффективно оценить отдаленные результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Абакшин Н.С., Медведев А.М.

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Ярославль, Россия*

Цель исследования: изучение изменений гепатопанкреатобилиарной системы после холе-

цистэктомии по результатам ультразвукового исследования.

Матеріали і методи. В клініці госпітальної хірургії за останні 10 років виконано 4077 холецистектомій по поводу желчнокам'яної хвороби. В досліджуваній групі було 17 % чоловіків і 83 % жінок в віці від 40 до 70 років. Середній вік склав $56 \pm 6,5$ років. Предпочтіння надавали традиційній холецистектомії, лапароскопічна операція була виконана у 1590 (39 %) хворих. По екстреним і терміновим показанням оперовано 28,6 %, з них класичним відкритим способом виконано 2487 (61 %) холецистектомій. Причиною операції в 2153 (86,6 %) випадках послужило ускладнене перебіг желчнокам'яної хвороби: деструктивний холецистит – 76,6 %, емпієма жовчного міхура – 10 %, холедохолітиаз – 13,4 %. Повторні оперативні втручання на жовчних шляхах потребувалися в 3,1 % випадків ($n = 126$). Планові операції по поводу хронічного холециститу виконані в 71,4 %.

Результати. При обстеженні пацієнтів с давністю холецистектомії від 1 року до 10 років виявлені скарги на диспепсичні розлади і стійкий помірного ступеня синдром епігастрії, свідечуючі про наявність клінічних ознак хронічного панкреатиту. Це косвенно підтверджується при ультразвуковому дослідженні (243 спостереження) гепатопанкреатобіліарної зони після холецистектомії: дифузні зміни печінки виявлені в 98 % випадків, дифузні зміни в підшлунковій залозі – в 93 %. Ультразвукові ознаки підтверджували розвиток хронічного панкреатиту у 19 (9,5 %) пацієнтів: збільшення головки підшлункової залози – в 7 (3,5 %) спостереженнях; збільшення діаметра Вирсунгова протока – в 5 (2,5 %) спостереженнях; кіста

підшлункової залози – в 5 (2,5 %) спостереженнях; збільшення всієї залози – в 2 (1 %) спостереженнях.

Діаметр загального жовчного протока склав $0,6 \pm 0,22$ см в 93,87 % спостережень, таким чином, не перевищував меж нормальних значень. Дилатація загального жовчного протока діагностована в 6,13 % випадків. Діаметр холедоха більше 2 см виявлен в 2 спостереженнях; від 1,5 до 2 см – в 6 спостереженнях; від 1 до 1,5 см – в 5 спостереженнях. При цьому розширення холедоха супроводжувалося холедохолітиазом в 12 (92,3 %) спостереженнях. В 1 спостереженні дилатація холедоха мала органічний характер і була викликана стриктурою великого дуоденального соска. По даним ультразвукового дослідження ложа жовчного міхура в 16 (7,5 %) спостереженнях виявлені рідинні гіпоехогенні утворення без чітких меж. При цьому в 1 спостереженні діагностована розширена кулья міхурного протока з гіперехогенними включеннями до 0,3 мм (рецидив камнеутворення).

Екстренна госпіталізація в віддалені терміни після холецистектомії потребувалася в 4 (1,6 %) спостереженнях. Переобладали скарги на підвищення температури тіла до 38°C , інтенсивні болі в правому подребер'ї. По результатам УЗД в 100 % випадків виявлен холедохолітиаз з дилатацією холедоха до $1,2 \pm 0,75$ см. Холедохолітиаз розрешено ендоскопічно в 100 % випадків, лише в 1 спостереженні потребув повторного ендоскопічного втручання. Холедохолітиаз супроводжувався гнійним холангітом в 75 % ($n = 3$) випадків.

Висновки. Після виконання холецистектомії при наявності скарг необхідно ультразвуковий моніторинг з метою в'ясування причини неблагополуччя хворого.

ІЗМЕНЕННЯ ОБМІНУ МІНЕРАЛІВ ПРИ МЕХАНІЧЕСЬКІЙ ЖЕЛТУХІ ОПУХОЛЕВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Аллазаров У.А.

Ташкентська медична академія, Ташкент, Узбекистан

Ціль дослідження: вивчення впливу жовчосорбції на мінеральний обмін у хворих механічною жовтухою (МЖ) опухольової генези.

Матеріали і методи. В дослідження включено 84 хворих з механічною жовтухою злоякісної етіології, котрим була наложена чрескожна чреспеченочна холангіостомія (ЧЧХС). Чоловіків було 55 (65,5 %), жінок – 29 (34,5 %). Для об'єктивізації результатів були виділені дві групи хворих. В основній групі 43 (51,1 %) хворим проведено жовчосорбція з допомогою Навбахтіта, то єсть хворі приймали жовч після її очищення від токсичних і балластних речовин з допомогою сорбента. Контрольовану групу склав 41 (48,9 %) хворий, котрим жовчосорбцію не проводили. Пацієнти обох груп були достатньо

сопоставимі по всім показателям. В більшості випадків причиною механічної жовтухи стали опухоль головки підшлункової залози (50 %) і опухоль внепеченочних жовчних протоків (34,5 %). В динаміці після наложення ЧЧХС на 3, 6, 10 і 14-і дні вивчали концентрації кальцію і фосфору в крові і жовчі. В механізмі регуляції електролітного і особливо кальцієвого обміну суттєва роль належить жовчотвірній функції печінки. Виділення натрію, калію і кальцію з жовчю залежить від інтенсивності метаболічних процесів в печінці, її функціонального стану, а також від вмісту солей в організмі.

Результати. Концентрація іонів кальцію в сироватці крові до наложення ЧЧХС варіювала

в пределах 13,4–22,6 ммоль/л, в среднем составляя 17,9 ммоль/л, что в 6,8 раза превышало норму (2,1–2,6, Cypres diagnostics, 2006), а в желчи из первых порций после ЧЧХС составляла в среднем $17,2 \pm 3,4$ ммоль/л, что превышало норму в 2,1 раза (в норме 4–8 ммоль/л, Cypres diagnostics, 2006).

Уровень фосфора в сыворотке крови и желчи был исходно выше нормы. Причем в сыворотке крови концентрация ионов фосфора была выше, чем в желчи, варьируя в пределах от 0,8 до 1,5 ммоль/л, в среднем $1,0 \pm 0,3$ ммоль/л (Cypres diagnostics, 2006). В желчи, полученной из первых порций после ЧЧХС, концентрация фосфора в среднем составляла $0,66 \pm 0,2$ ммоль/л (Cypres diagnostics, 2006).

У пациентов основной группы отмечали усиленное выделение кальция с желчью, вследствие чего снижалась его концентрация в сыворотке крови. Такой эффект желчesorбции сопровождался повышенным выделением билирубина с желчью и синтезом желчных кислот. Концентрация кальция

в сыворотке крови больных контрольной группы имела тенденцию к накоплению, то есть полного восстановления энтерогепатической циркуляции кальция не наблюдали.

С обменом кальция тесно связаны обмен и циркуляция фосфора в биосредах организма. Поэтому при исследовании фосфора получены сопоставимые результаты. У больных контрольной группы концентрация фосфора в сыворотке крови была выше, чем в основной, при этом она превышала норму до конца наблюдений. У больных основной группы имело место нарастание концентрации фосфора в желчи, за счет чего концентрация фосфора в сыворотке крови снижалась. Это свидетельствует о восстановлении энтерогепатической циркуляции фосфора.

Заключение. Восстановление энтерогепатической циркуляции кальция и фосфора обеспечивает их участие в желчеобразовании, а также повышение их концентрации в желчи подтверждает улучшение метаболических процессов в печени.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Аллазаров У.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Выявление патологий гепатопанкреатодуоденальной зоны, особенно желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложненными формами, неуклонно растет, в том числе и в связи с улучшением диагностики данных патологических изменений благодаря внедрению новых технологий и методов исследования.

Целью исследования явилось улучшение результатов диагностики и хирургического лечения доброкачественных поражений терминального отдела холедоха (ТОХ).

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ клинического материала 101 больных с доброкачественными поражениями ТОХ. Большинство больных составляли женщины – 72 (71,3 %), мужчин было 29 (28,7 %). Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 83 лет (в среднем – $56,8 \pm 6,2$ года). Больным проводили обследование в объеме: клинические данные (100 % больным), ультразвуковое исследование (УЗИ) (100 % больным), ретроградная панкреатохолангиография (РХПГ) (97,0 % больным), магнитно-резонансная томография (МРТ) (17,8 % больным).

Результаты. В клинической картине заболевания при поступлении отмечены: болевой синдром – в 57 (56,4 %), наличие механической желтухи – в 49 (48,5 %) случаях. Лабораторные исследования показали повышения общего билирубина у 73 (72,3 %) больных (среднее значение $88,8 \pm 3,5$ ммоль/л).

При обследовании пациентов холедохолитиаз диагностирован в 64 (63,4 %) наблюдениях, стеноз ТОХ – у 37 (36,6 %) пациентов.

При УЗИ оценивали признаки нарушения желчеоттока, к которым относятся расширение общего желчного протока 7 мм и более ($13,95 \pm 3,99$ мм) и холедохолитиаз который выявили у 47 (73,4 %) пациентов (чувствительность метода – 73,4 %).

При РХПГ расширение гепатикохоледоха диагностировано у 90 (91,8 %) пациентов, холедохолитиаз – у 59 (92,2 %) пациентов (чувствительность метода – 95,2 %) и стеноз ТОХ обнаружен в 34 (91,9 %) случаев (чувствительность метода 94,4 %).

МРТ дает четкую возможность обнаружить расширение холедоха, холедохолитиаз и стеноз ТОХ (чувствительность метода – 100 %).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена 88 (89,8 %) больным, из них экстракция конкрементов корзиной Дормиа потребовалась 48 (49,0 %). Остальным 13 пациентам ЭПСТ провести не удалось: в связи с парафатеральным дивертикулом двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 5 пациентов и протяженным стенозом ТОХ – у 8 пациентов, которым выполнена холецистэктомия с формированием холедоходуоденоанастомоза.

Послеоперационные осложнения имели место преимущественно инфекционно-воспалительного характера (пневмония – 2, реактивный плеврит – 1, нагноение послеоперационной раны – 3). Вся ослож-

нения ликвидированы консервативными методами. Летальных исходов не было.

Заключение. МРТ при диагностике доброкачественных поражений ТОХ обладают более высокой информативностью, чем традиционные УЗИ и РПХГ и уменьшают напрасные эндоскопические транспиллярные вмешательства на 10,2 % за счет

активного применения МРТ билиопанкреатодуоденальной области. Основным методом коррекции доброкачественных поражений ТОХ при этом является ЭПСТ, при необходимости с литоэкстракцией. Показаниями к «открытым» операциям являются парапиллярные дивертикулы ДПК, протяженный стеноз ТОХ и крупный конкремент.

МЕТОДИКА ОСВОЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЕДИНЫМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Ахметов А.Д.

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Россия

Единый лапароскопический доступ на сегодняшний день является одним из основных новых направлений в малоинвазивной хирургии брюшной полости. Освоение методики единого доступа (ЕЛД) становится необходимым для каждого эндовидеохирурга.

В ДКБ Октябрьской ЖД ОАО «РЖД» эта методика осваивается в течение 1,5 лет после приобретения необходимого оборудования («Covidien»).

За этот период выполнено 42 холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью, как правило неосложненных форм холелитиаза. Мужчин было прооперировано 12 (28,6 %), женщин – 30 (71,4 %). Средний возраст больных – 41 год.

Для перехода от традиционной лапароскопии к однопортовой использовали методику 2-х и 3-х прокольных операций, что оптимизировало начало выполнения операций ЕЛД.

В течение первого года метод только осваивали, вследствие чего применяли достаточно жесткий отбор больных. Единый доступ использовали у относительно молодых пациентов с минимальной сопутствующей патологией и индексом массы тела до 20–24. При первых операциях исключали больных с проведенными ранее вмешательствами на брюшной полости, в том числе лапароскопическими. Отбор для ЛХЭ включал достоверно неосложненные формы желчнокаменной болез-

ни. В настоящее время отбор больных не столь категоричен.

Средняя продолжительность холецистэктомии – 82 мин. Во время лапароскопических холецистэктомий дважды применяли дополнительный троакар в эпигастрии (методика ЕЛД +1). 4 раза была оставлена дренажная трубка в подпеченочном пространстве (через дополнительный прокол в правом подреберье дважды и через пупочную рану дважды). Дренажи удалены через сутки после операции. После всех 42 операций осложнений в послеоперационном периоде не было. Больные выписаны на 2–3-е сутки после операции. По мнению лечащих врачей, выраженность болевого синдрома заметно не отличалась от подобных обычных лапароскопических операций. Косметический эффект по длине послеоперационной раны также был сопоставим с традиционными лапароскопическими вмешательствами. Единственным преимуществом операций ЕЛД является более косметически выгодное расположение послеоперационного рубца в области пупка, который в последующем становится для неспециалистов незаметным.

Заключение. Операции на брюшной полости через единый лапароскопический доступ возможны при приобретении соответствующих навыков. Данная методика имеет преимущества в косметическом результате.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Ахметов А.Д.

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования было изучение влияния вирусного гепатита (ВГ) на клиническое течение механической желтухи (МЖ) доброкачественного генеза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 112 больных МЖ доброкачественного генеза в возрасте от 16

до 81 лет, из них 61 (54,5 %) пациент с МЖ, развившейся на фоне ВГ, которые и составили основную группу наблюдения. В контрольную группу вошли 51 (45,5 %) больных с МЖ без сопутствующего ВГ. Средний возраст больных основной группы составил $51,6 \pm 10,3$ года; в контрольной группе – $49,7 \pm 14,4$ года.

Діагноз МЖ ставили на основі клінічних ознак, даних лабораторних і інструментальних досліджень. У 61 пацієнта, наряду з МЖ, виявлен ВГ різних форм і активності, підтверджений внаслідок серологічними і імунологічними пробами, з них с ВГ В – 47 (77,1 %) хворих, с ВГ С – 6 (9,8 %), с поєднаними і микст-формами гепатита – 5 (8,2 %), с острым ВГ А – 3 (4,9 %) хворих. Хворих с вираженою активністю ВГ було 37 (60,6 %), с ВГ помірно вираженою активністю – 24 (39,3 %).

Результати. В основній групі спостерігали більш пізній звернення за медичною допомогою або госпіталізацією хворих, пов'язане з нетипичною симптоматикою і тривалим продромальним і диспепсическим синдромами до появи болевих приступів порівняно з пацієнтами контрольної групи. Також і час від появи перших ознак захворювання і від моменту госпіталізації до виконання активного оперативного втручання в основній групі було більш тривалим, ніж в контрольній групі (18 і 12 днів відповідно).

В обох групах відзначено мультисиндромність перебігу захворювання.

При розгляді особливостей клінічного перебігу МЖ доброякісного генезу виявлено, що в основній групі, як правило, немає передиспозуючих факторів до розвитку захворювання і пацієнти обґрунтовано їх не відзначають. Тоді як в контрольній групі більшість хворих суттєво порушували дієту, що привело до погіршення самопочуття і розвитку болювого приступу.

При цьому першими вестниками захворювання були в основній групі ознаки астеновегетативного синдрому, що проявляються в формі немотивованої різкої слабкості, незмогання, зниження працездатності, а в контрольній групі – болювого приступу різної локалізації. Пацієнти основної групи, порівняно з хворими контрольної групи, більш часто пред'являли скарги на почуття ознобу, підвищення температури тіла і біль в верхніх відділах живота, що було інтерпретовано як проявлення холангіта. При прийомі ознаки холестази переважали в контрольній групі.

На момент прийому хворі МЖ більш часто мали ІІ ступінь печеночної недостатності (ПН) (середньої тяжкості), порівняно з пацієнтами контрольної групи.

Для оцінки ефективності проводимої консервативної терапії була вивчена ступінь ПН на момент оперативного втручання. На фоні проводимої консервативної терапії, що відбувається в той же час і передопераційною підготовкою, співвідношення по ступенях ПН в обох групах змінюється з тенденцією до збільшення. Очікуваною ефективності консервативного лікування у більшості хворих обох груп не спостерігали (55,1 % і 53,0 % відповідно).

Висновок. ВГ, на фоні якого розвивається МЖ, ускладнює діагностику патологічного процесу в зв'язі з нетипичною для МЖ симптоматикою і більш тривалим періодом до появи болевих приступів. В той же час, при розвитку МЖ на фоні ВГ більш часті прояви холангіта.

ПЕРШИЙ ОПИТ ЛАПАРОСКОПІЧЕСКОЇ СПЛЕНЕКТОМІЇ

Ахметов А.Д.

НУЗ Дорожня клінічна лікарня ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Росія

Лапароскопічна спленектомія є альтернативою відкритій операції, значно знижує частоту інтра- і післяопераційних ускладнень, зменшує післяопераційний койко-день і покращує якість життя пацієнтів.

Представлено перший досвід лапароскопічної спленектомії у пацієнта з значно збільшеною селезенкою на фоні її полікістози.

Пацієнт Е., 25 років, прийшов в клініку 20.12.11 г. НУЗ ДКБ ОАО РЖД з болями в лівому подребер'ї і розладом стільця, спостерігався у терапевта з 07.12.11. При обстеженні амбулаторно виявлено утворення селезенки, підозревали підкапсульний розрив. Травми груді і живота отрицает.

На УЗІ: збільшена селезенка (144 × 100 мм) з нечіткими контурами, ехоструктура не змінена. В середній третині виявлено багатокамерне кистозне утворення, розмірами 107 × 130 × 98 мм, з нерівним контуром, вміст кист – ехопрозорий з єдиничними кальцинатами в перегородках. Селезеночна вена не розширена (7 мм). Решта органів кілька стиснені утворенням.

Остальні органи кілька стиснені утворенням.

На СКТ з додатковим контрастуванням кишечника і в/в контрастуванням спостерігали подібну картину: значне збільшення селезенки 130 × 142 × 97 мм, в її структурі визначали багато кист від 25 до 100 мм в діаметрі, з чіткою незвідомою капсулою, щільністю +4 ед Н, після контрастування щільність не змінювалася. Решта органи без суттєвих змін, зокрема ті, що безпосередньо знаходилися у селезенки. Структура печінки не змінена. Висунуто припущення про паразитарне походження утворення. При віртуальному моделюванні (3D): селезенка розташовувалася від лівого піддіафрагмального простору до області мезогастрії, на 10 см виступала з-під реберної дуги і мала розсипний тип кровопостачання.

Додаткові методи дослідження (ФГДС, колоноскопія) органічних утворень в ЖКТ не виявили.

26.12.11 виконана операція – лапароскопічна спленектомія із 5 троакарного доступу. Інтраопераційна картина відповідавала даним обстеження до операції. Наблюдалося збільшену селезінку, розмірами 140 × 120 × 110 мм, збільшену за рахунок декількох кіст, фактично займаючих весь об'єм селезінки і виходячих за її межі. Послідовно мобілізовані при допомозі LigaSure і Harmonic і перерізані шлунково, ободочно, діафрагмально і печінково-селезіночні зв'язки. Виділена судиниста ножка, магістральні судини розсіпного типу окремо оброблені і кліпировані.

Через додатковий розріз (мінілапаротомія) встановлено апарат «Dextrus», препарат поміщений в контейнер і видалено з частковим фрагментуванням органу. Дренування ложа селезінки. Час операції: 3 години. Крововтрата мінімального об'єму.

Післяопераційний період без ускладнень. Контрольні аналізи крові – без змін. Активізація хворого на 1-і дні, дренаж видалено на 2-і дні, виписка виконана на 7-й день в задовільному стані.

Гістологічне висновок: полікістоз селезінки з фіброзуванням стінок кіст і єдиничними кальцинатами в них.

При контрольному обстеженні залишковий об'єм ложа селезінки 35 × 30 мм, без патологічних утворень.

Висновок. Перший досвід подібної операції довів високу ефективність лапароскопічної техніки, а застосування технологічних методів дисекції тканин значно полегшило мобілізацію селезінки і знизило інтраопераційну крововтрату.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОЭТАПНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ДВУХЭТАПНОГО ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Бобоев Б.Д., Гулахмадов А.Д.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности одноэтапного лапароскопического и двухэтапного эндохирургического методов лечения холецистохоледохолитиаза.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 209 больных с холецистохоледохолитиазом. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 84 лет. Средний возраст составил $65,3 \pm 5,5$ года. Все пациенты были разделены на две группы: 1-й группе больных ($n = 115$) производили двухэтапное лечение с проведением на дооперационном этапе выявления и устранения причин внепеченочного холестаза (ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция) и последующим проведением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) вторым этапом; 2-й группе ($n = 94$) выполняли одноэтапное лапароскопическое удаление желчного пузыря и устранение холедохолитиаза.

Результаты. В 1-й группе ЭПСТ выполняли канюляционным способом у 74 (64,3 %) больных, папиллотомия произведена неканюляционным способом в 41 (35,7 %) случае. Экстракция конкрементов мягкой корзиной Dormia потребовалась 83 (72,2 %) больным, самостоятельное отхождение конкрементов во время ЭПСТ или в ближайшем послеоперационном периоде отмечено у 25 (21,7 %) больных. У 7 (6,1 %) пациентов с множественными разнокалиберными конкрементами (диаметр конкрементов от 15 мм и более) для разрушения конкрементов проводили механическую литотрипсию. Непосредственно после ЭПСТ осложнения различного характера (острый панкреатит, кровотечение, холангит, ущемление корзины Dormia, ретродуоденальная перфорация)

возникли у 15 (13,0 %) пациентов. После восстановления проходимости гепатикохоледоха выполняли второй этап лечения – ЛХЭ. При ЛХЭ осложнения развились у 2 (1,7 %) пациентов.

Во 2-й группе лапароскопическая экстракция конкрементов из холедоха через пузырный проток проведена 30 (31,9 %) пациентам. Это были пациенты с небольшими конкрементами (не более 5–6 мм) и пузырным протоком, расширенным до 6–8 мм в диаметре. Во время лапароскопической операции, когда ревизию холедоха через пузырный проток выполнить не представлялось возможным и при диаметре холедоха 10 мм и более у 59 пациентов выполняли лапароскопическую холедохолитотомию. Дренування холедоха проводили через культю пузырного протока по Холстеду – Пиковскому у 51 больного, по Керу – у 38 пациентов. ЛХЭ в сочетании с супрадуоденальной холедоходуоденостомией была произведена в 3 случаях. Показаниями к формированию лапароскопического холедоходуоденостомии являлись: множественный холедохолитиаз с «замазкообразной» желчью и расширением гепатикохоледоха (более 2,5 см) – 2 пациента; продолжительная стриктура дистального отдела ОЖП (более 1 см) – у 1 пациента.

При лапароскопической ревизии холедоха вклиненный конкремент в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БДСК) был выявлен у 2 (2,1 %) пациентов. Попытки удалить конкремент во время лапароскопической операции были безуспешны, в связи с чем им проведена конверсия – лапаротомия, дуоденотомия, рассечением БДСК с извлечением конкремента и дренирование холедоха по Керу.

Інтраопераційних ускладнень не було. В післяопераційному періоді підпеченочні гематоми діагностовані у 2 пацієнтів, шлунково-кишкове кровотеча з лінії наложеного холедоходуоденоанастомоза розвилось у 1, гострий панкреатит – у 2 пацієнтів. Всі ці ускладнення були усунулені консервативним методом. В загальному, частота післяопераційних ускладнень після виконання одноетапних лапароскопічних операцій склала 5,3 % (5 хворих).

Висновки. Застосування одноетапних лапароскопічних операцій в лікуванні холедохолітиаза дозволяє в середньому в 2,7 рази знизити частоту розвитку ускладнень, порівняно з двуетапними ендохірургічними методами. Лапароскопічна літоекстракція з холедоха повинна ширше впроваджуватися в хірургії жовчних протоків і особливо в тих клініках, де в великій кількості виконують лапароскопічні втручання на жовчному міхурі.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ПСЕВДОКИСТЫ МЕТОДОМ ЦИСТОГАСТРОСТОМИИ

Бозова Е.Ю.

ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь, Россия

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов после внутреннего дренирования панкреатической псевдокисты методом цистогастротомии.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 94 пациентов с ложной кистой поджелудочной железы, в лечении которых использовали наложение цистогастроанастомоза. В исследовании незначительно преобладали мужчины – 64 (68,1 %). Средний возраст больных составил 44,2 ± 12,0 года. Средняя продолжительность заболевания – 13,2 ± 17,1 мес. Постнекротический характер псевдокисты отмечен у 43 (45,7 %) человек. Злоупотребление алкоголем выявлено у 49 (52,1 %) больных, желчнокаменная болезнь – у 13 (13,8 %). Качество жизни пациентов оценивали при помощи опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), в дооперационном периоде – у 55 (58,5 %) и в отдаленном – у 69 (73,4 %).

Результаты. У больных с псевдокистой поджелудочной железы средние показатели физического компонента здоровья (Ph) до операции составили 45,0 ± 8,0 балла, психического компонента здоровья (Mh) – 37,9 ± 8,3. У мужчин и женщин физический и психические компоненты здоровья существенно не отличались, и составили (Ph) 44,7 ± 7,5 и 45,7 ± 8,4 и (Mh) 35,9 ± 7,6 и 39,9 ± 8,9 соответственно. Развернутый анализ показал, что у мужчин показатели ролевого функционирования (RP – 27,3), жизненной активности (VT – 41,4), социального функционирования (SF – 58,2), эмоционального состояния (RE – 25,0) и психического здоровья (MH – 47,3) были выше, чем у женщин (RP – 20,6; VT – 38,8; SF – 50; RE – 13,7; MH – 44,0).

Отдаленный период изучен в сроки 2,4 ± 2,9 года. Умерло 11 (15,7 %) человек, по причинам связанным с аддиктивным поведением. После проведения оперативного лечения физический и психический компоненты здоровья улучшились и составили Ph 48,2 ± 6,6 и Mh 47,0 ± 11,1. Показатели физического и психического компонентов здоровья не отличались у мужчин и женщин после проведения внутреннего дренирования панкреатической кисты и составили 47,8 ± 6,9 (Ph) и 47,8 ± 11,2 (Mh) у мужчин и 48,7 ± 6,2 (Ph) и 46,3 ± 11,1 (Mh) у женщин. У мужчин показатели физической функционирования (PF – 67,3), ролевого функционирования (RP – 48,3), общего состояния здоровья (GH – 41,4), жизненной активности (VT – 63,5), социального функционирования (SF – 71,3), эмоционального состояния (RE – 61,1) и психического здоровья (MH – 67,6) были выше, чем у женщин (PF – 65,3; RP – 42,2; GH – 35,4; VT – 61,9; SF – 69,5; RE – 52,1; MH – 66,5).

Выводы. Больные с ложной кистой поджелудочной железы имеют низкие показатели качества жизни, как у мужчин, так и у женщин. В отдаленном периоде среди оперированных больных регистрируется повышенная смертность, обусловленная социально-дезадаптивным поведением. После внутреннего дренирования методом цистогастротомии отмечается улучшение по всем критериям качества жизни с более высокими результатами у мужчин, при этом претерпели наибольшие положительные изменения показатели ролевого функционирования, интенсивности боли, социального функционирования и эмоционального состояния.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ И РЕЦИДИВНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Вотьев И.В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Чита, Россия

Среди причин постхоледохостомического синдрома самой частой является холедохолитиаз (ХЛ).

Он составил 26 % среди всех причин, вызывающих эти состояния. В основном это

резидуальний ХЛ. Вмєстє с тєм, встрєчєтєся рєцїдївний ХЛ.

Цєль ісслєдівєніє: аналїз лєчєніє бєльнїх с рєцїдївнїм і рєцїдївнїм хєлєдєхєлітїєзєм, єндєскєпїчєскєй пєпїлєлєсфїнктєрєтємієй (ЄПСТ) с лїтєкстрєкцієй.

Мєтєрієлї і мєтєдї. Зє пєслєднїє 6 лєт в клїнїкє опєрїрєвєні 154 бєльнїх с хєлєдєхєлітїєзєм, їз кєтєрїх у 82 бїлї прїмєнєні мєлєїнвєзївнїє мєтєдї лєчєніє. Жєнщїн бїлє 97 (63,0 %), мєжчїн – 57 (37,0 %). Бєльнїє бїлї в вєзрєстє в вєзрєстє єт 19 дє 59 лєт, 28 (18,2 %) чєлєвєкє бїлї стєршє 60 лєт с длїтєлнєстнєй зєбєлєвєніє єт 4 мєєєцєв дє 23 лєт. Зє єтєт пєрїєд у 49 бєльнїх вїєєвлєн рєцїдївнїє ХЛ: в рєннїє срєкї пєслє опєрєціє прї сущєствєющєм нєрєжнєм дрєнєжє – у 28 (57,1 %) бєльнїх; в пєзднїє срєкї (єт 1 дє 6 мєєєцєв) рєцїдївнїє ХЛ – у 21 (42,9 %) чєлєвєк. Оsnєвнїє мїєдстєвєнє вїєзвїєлїзєціє яєвїлїсь УЗї, КТ, МРТ. Обрєщєт нє сєбє внїмєнїє, чтє срєдї бєльнїх с єстєвлєннїєм в прєтєкєх кємнїєм тєлнєкє у 21,5 % вїєпєлнїє хєлєцїстєктєміє, є в бєльшїнствє слєчєєв (78,5 %) нєрєждє с нєй прєвєдїлї хєлєдєхєтєміє, прї кєтєрєй кємнїє нє бїлї обнєрєжєнїє їлї, кєк зєтєм єкєзєлєсь, бїлї удєлєнїє нє вєє кємнїє.

Рєзєлнєтєтї. Рєцїдївнїє кємнїє бїлї обнєрєжєнїє у 26 (17 %) пєєнєтєв, с ХЛ пєслє пєрєвїчнєй опєрєціє, прїєвєдєннєй пє пєвєдє жєлчнєкємєннєй бєлєзнї. Прї єтєм мєхєнїчєскєє прєпнєєтєствїє в тєрмїнєлнєм єтдєлє хєлєдєхє (стєнєз, стрїкчєрє) їмєлє мєстє у 80 % їз єтїх 26 чєлєвєк.

Прї хєлєдєхєлітїєзє пєєнєтєм вїєпєлнїєлї ЄПСТ пє єрїгїнєлнєй мєтєдїкє (зєєєкє Нє 2011123057/14(034164)). Пєслє ЄПСТ удєлєлї кємнїє їз прєтєкєв. Прї єтєм вмєшєтєлнєствє сфїнктєр єбщєго жєлчнєго прєтєкє рєссєкєтєся прєвєлєчнїєм єлєктрєдєм, прїкєрєплєннїєм к кєтєтєрє. Нєобхєдїмє єтмєтїтїє, чтє нєлїчїє дрєнєжє в прєтєкєвєй сїстємє єблєгчєєт вїєпєлнєніє ЄПСТ, є тєкжє єблєгчєєт єцєнєкє єффєктївнєстїє опєрєціє – прї вїєпєлнєнїє кєнтрєлнєй фїстєлєгрєфїї. Кєннєєлнєєцїєннїєм спєсєбєм ЄПСТ вїєпєлнєнє є 87 % слєчєєв, нєкєннєєлнєєцїєннїєм – в 5 %, кємбїнїрєвєннєє мєтєдїкє їспєлнєзєлєлї у 8 % бєльнїх. У бєльшїнствє слєчєєв (74 %) дєкємпрєссїє хєлєдєхє прєвєдєнє єднємємєнтнє, у єстєлнїх зє 2–3 їсслєдєвєніє. Єффєктївнєстнє мєтєдїкї ЄПСТ сєстєєлїє 96 %. ЄПСТ вїєпєлнїтїє нє удєлєсь у 5 бєльнїх – прї їнтрєдїєвєртїкєлнєрнєм рєспєлєжєнїє бєльшєго сєсєчкє двєнєдцєтїпєрстнєй кїшкї, ї прї «плєскєм» щєлєєвїднєм єго вєрїєнтє і вкїлїнєннєм кємнє, чтє пєтрєбєвєлє пєвєтєрнєго єткрїєтєго єпєрєтїєвнєго пєсєбїє. Мє стєрєннїкї єктїєвнєй тєктїкї удєлєнїє кєнкрємєнтєв, пєзєтєм прєктїчєскї вє євєх слєчєєх хєлєдєхєлітїєзє їспєлнєзєлєлї лїтєкстрєкціє с пємєщєєй кєрєзїнкї Дєрмїє – 86 % їлї бєлєлєннєго кєтєтєрє – 14 %. Єслєжнєнїє (крєвєтєчєніє, пєрфєрєціє, пєнкрєєтїт, хєлєнгїт) нєблєдєлїє в 5 % слєчєєв. Лєтєлнєстнє сєстєєлїє 0,5 %.

Зєкнєчєніє. Хєлєдєхєлітїєз, кєк єслєжнєніє ЖКБ, встрєчєтєся чєстє і трєбєтє хїрєжрєгїчєскєго лєчєніє, в пєрєвнє єчєрєдє, с прїмєнєнїєм бєлєє щєдєєщїх і єффєктїєвнїх мєтєдєв.

ЄНДЄСКЄПІЧЄСКЄ СТЄНТІРЄВєНІЄ ЖЄЛЧЄВЄВЄДЄЄЩІХ ПУТЄЙ ПРІ МЄХЄНІЧЄСКЄЙ ЖЄЛТУХЄ ОПУХЄЛЄВЄГО ГЄНЄЗЄ І ЄГО ВЛІЄНІЄ Нє ОНКОМЄРКЄРЄ СА19-9 І РЭА

Гєвєздєв А.А., Гусєв Д.В.

ГБОУ ВПО «Ярєслєвєскєє гєсудєрєствєннєє мєдїцїнєскєє єкєдєміє» Мїнздрєвєсєцрєзвїтїєя Рєсїї, Ярєслєвль, Рєсїє

Єктуєлнєстнє. Прї трєдїцїєннєм хїрєжрєгїчєскєм лєчєніє лєтєлнєстнє бєльнїх с мєхєнїчєскєй жєлтєхєй єпєхєлєєвєго гєнєзє в ІІІ–ІV стєдїє зєбєлєвєніє єстєєтєє євїєкєй. В пєслєднєє врємє рєзєрєбєтєнє нєвнєє мєлєїнвєзїєвнїє опєрєціє, нєрєжлєннєє нє кєпїрєвєніє жєлтєхє, єднєкє їх рєзєлнєтєтї нєдєстєтєчнє їзучєнїє.

Цєль ісслєдівєніє: єцєнїтїє вєзмєжнєстїє і єффєктїєвнєстнє прїмєнєнїє єндєскєпїчєскїх мєтєдєв дєкємпрєссїє жєлчєєвєдєєщїх пєтєєй прї мєхєнїчєскєй жєлтєхє єпєхєлєєвєго гєнєзє, є тєкжє їзучїтїє і єцєнїтїє в дїєнємїкє влїєнїє стєнтїрєєвєнїє нє єрєвнїє онкємєркєрєв СА19-9 і РЭА в пєлєємє крєєвї і жєлчї дє і пєслє стєнтїрєєвєнїє.

Мєтєрієлї і мєтєдї. Прєєнєлїзїрєєвєнїє рєзєлнєтєтї єндєскєпїчєскєго стєнтїрєєвєнїє жєлчнїх пєтєєй у 47 бєльнїх с нєєпєрєбєлнєєм пє

єбщїєм і мєстнїєм крїтєрїєм рєкєм бїлїєпєнкрєєтєдєудєнєлнєй зєнє. Жєнщїн бїлє 27 (58,0 %), мєжчїн – 20 (43,0 %), в вєзрєстє єт 52 лєт дє 81 гєдє. Онкємєркєрє СА19-9 і РЭА єрєдєлєєлї нє євєтємєтїчєскєм їмнєнєфєрмєнтнєм єнєлїзєтєрє «PersonalLab» пє стєндєртнєй мєтєдїкє в пєлєємє крєєвї у 10 пєєнєтєєв, є у 2 пєєнєтєєв тєкжє в жєлчї і пєнкрєєтїчєскєм сєкє, в срєкї: дє опєрєціє, нє 3-ї і 7-є сєткї пєслє стєнтїрєєвєнїє.

Рєзєлнєтєтї. Із 47 пєєнєтєєєв у 7 (14,8 %) пєпнєткє стєнтїрєєвєнїє нє удєлєсь: прї єпєхєлї єбщєго пєчєчєчнєго прєтєкє – в 1 слєчєє і прї єпєхєлї гєлєєкї пєджєлєдєчнєй жєлєєзє – в 6, чрєскєжнєє чрєспєчєчєннєє дрєнїрєєвєніє жєлчєєвєдєєщїх пєтєєй пєд кєнтрєлєм УЗї вїєпєлнєнє пєєнєтєєм. Стєнтїрєєвєніє єслєжнїлєсь пєрфєрєцієй рєтрєдєудєнєлнєй чєстї хєлєдєхє в 1 слєчєє, чтє пє

требовало выполнения лапаротомии и наложения билидегистивного анастомоза. На 30-е сутки лечения больная погибла (летальность – 2,1 %).

В раннем послеоперационном периоде проявления острого отечного панкреатита отмечены у 10 (25 %) пациентов, купированы консервативно. В отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 1 до 3 месяцев в 8 (20 %) случаях возникла обтурация пластикового стента с рецидивом механической желтухи и признаками острого холангита, во всех случаях удалось выполнить эндоскопическую реканализацию. Сроки наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде составили 1–16 месяцев (в среднем 9 месяцев). Динамика онкомаркеров СА19-9 в крови и желчи (ед./л): до операции – 60,3 ± 40,1/450,3 ± 312,5, 3-и сутки – 70,2 ± 40,1/300,58 ± 160,4, 7-е сутки –

160,2 ± 60,3/350,66 ± 165,3 ($p < 0,05$). Динамика онкомаркера РЭА в крови и желчи (нг/мл): до операции – 4,6 ± 2,4/26,7 ± 10,2, 3-и сутки – 7,8 ± 6,4/20,5 ± 14,3, 7-е сутки – 6,4 ± 4,7/34,5 ± 17,6 ($p < 0,05$).

Заключение. Наиболее рациональным и физиологичным способом декомпрессии желчных протоков опухолевого генеза является эндоскопическое стентирование. Соотношение уровней онкомаркеров СА19-9 и РЕЭ до операции, на 3-и и 7-е сутки после операции в крови и желчи различны и достоверно выше в желчи ($p < 0,05$). Возможно, высокая концентрация этих маркеров в желчи может быть показанием для назначения пероральных энтеросорбентов и парентеральных незаменимых аминокислот в раннем послеоперационном периоде для исключения их из энтерогепатической циркуляции.

ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕНЕЗА И ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

Гордиенко Е.Н.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Дифференцировка опухоли и выраженность развития микрососудов являются прогностическими факторами безрецидивной выживаемости при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР). Прогноз при ГЦР неблагоприятный, что связано с агрессивным поведением опухоли и высоким риском развития метастазов. Изучение опухолевого ангиогенеза и адгезивных свойств опухоли во многом объясняют связь используемой гистологической градации степени злокачественности с течением и прогнозом новообразования.

Цель исследования: изучить степень развития и ультраструктурные особенности капилляров, адгезивные свойства опухолевых клеток при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) в зависимости от степени его дифференцировки, как прогностический признак возможной локальной инвазии и метастазирования.

Материалы и методы. В работе использован операционный материал от 22 больных, оперированных по поводу ГЦР. Определение степени дифференцировки проводили по классификации Н.А. Edmonson. Степень развития микроциркуляторного русла изучали иммуногистохимически при помощи маркера эндотелия CD34 с последующим подсчетом как сосудов, так и отдельных эндотелиоцитов; для изучения адгезивных свойств опухоли использовали маркер молекул клеточной адгезии N-кадгерин. Материалом для электронно-микроскопического исследования послужили биоптаты 10 опухолей печени, полученные при помощи ультрамикротомы LKB-V срезы, исследовали в микроскопе «Philips – CM 10» (Голландия).

Результаты. Достоверно значимых отличий в плотности развития сосудов в зависимости от дифференцировки опухоли выявлено не было. Однако на

электронно-микроскопическом уровне обнаружены выраженные различия в строении капилляров.

При высокодифференцированном ГЦР ультраструктура эндотелиоцитов указывала на низкую проницаемость стенки капилляров (просветы капилляров узкие, в цитоплазме эндотелиоцитов мало пиноцитозных вакуолей, единичные митохондрии крупных размеров с просветленным матриксом и нарушенной ориентацией крист, слабо развитая гранулярная цитоплазматическая сеть, базальный слой разрыхлен и фрагментирован, межклеточные контакты не нарушены).

При низкодифференцированном ГЦР ультраструктура эндотелиоцитов указывала на повышенную проницаемость сосудистой стенки (в узком ободке цитоплазмы определяли единичные митохондрии с нарушенной ориентацией крист, короткие мембраны эндоплазматической сети; большая часть выстилки сосудов представлена истонченными отростками эндотелиальных клеток без органелл; резкое истончение и отсутствие на некотором расстоянии рыхлой, расслоенной базальной мембраны; между эндотелиоцитами и опухолевыми клетками базальная мембрана определялась нечасто; клетки опухоли прилежали к истонченной эндотелиальной выстилке капилляра; контакты между эндотелиоцитами нередко были нарушены).

Определяли прямую зависимость между экспрессией N-кадгерина и дифференцировкой опухоли. Снижение экспрессии маркера коррелировало с низкой дифференцировкой опухоли.

Заключение. Развитие неполноценных патологически измененных капилляров при ГЦР, а также снижение адгезивных свойств опухолевых клеток

усиливающихся со снижением степени дифференцировки опухоли, могут служить прогностическим

признаком локальной инвазии и метастазирования опухоли.

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дунаевская С.С., Антюфрива Д.А.

ГБОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия

Актуальность. Несмотря на современные достижения в области диагностики и комплексного лечения, тяжелый острый панкреатит (ТОП) остается заболеванием с потенциально неблагоприятным исходом.

Цель исследования: разработать способ балльной оценки вероятного исхода ТОП на основании КТ-ангиографии и основных лабораторных показателей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный обзор данных 35 историй болезней пациентов с острым панкреатитом. Критерием включения служил ТОП, определяемый по многофакторным шкалам проф. А.Д. Толстого и Ranson. Всем пациентам через 24 часа после начала лечения проводили КТ-ангиографию органов брюшной полости с болюсным контрастированием, развернутый анализ периферической крови и биохимический анализ крови, определение уровня диастазы мочи.

Результаты. При наличии очага поражения в хвосте поджелудочной железы на основании полученных результатов определяли реактивный ответ нейтрофилов (РОН), наличие по данным КТ-ангиографии органов брюшной полости таких признаков как: глубина некроза в сагиттальной плоскости, объем поражения поджелудочной железы, признаки поражения протоковой системы поджелудочной железы, наличие инфильтрата, жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, наличие свободной жидкости в брюшной полости, выявляли патологию углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет).

При наличии очага поражения в головке и перешейке поджелудочной железы на основании полученных результатов определяли РОН, наличие по данным КТ-ангиографии органов брюшной полости таких признаков как: глубина некроза в сагиттальной плоскости, объем поражения поджелудочной железы, наличие инфильтрата, жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, повышение уровня билирубина и уровня диастазы мочи.

При наличии каждого признака присваивали определенное количество баллов и, в зависимости от суммы баллов, судили о вероятном исходе патологического процесса. В случае мультифокального поражения, каждый очаг оценивали отдельно по таким признакам, как глубина некроза в сагиттальной плоскости, объем поражения поджелудочной железы, по остальным критериям оценку осуществляли в общем. Если сумма баллов равнялась 9 и более, то вероятен неблагоприятный исход острого панкреатита.

Выводы. На основании проведенного корреляционного анализа была разработана диагностическая шкала, которая позволяет на 2-е сутки течения острого панкреатита верифицировать развитие ТОП и вероятного неблагоприятного исхода. Чувствительность шкалы составляет 90,4 %, специфичность – 95,7 %, точность – 87,1 %, прогностическая значимость положительного результата – 86,3 %, прогностическая значимость отрицательного результата – 97,1 %.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Дыленок А.А., Соловьева О.Н.

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Ярославль, Россия

Актуальность. В настоящее время в структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак (КРР) занимает четвертое, а в России третье место. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тысяч вновь выявленных случаев заболеваемости колоректальным раком. 440 тыс. пациентов из них ежегодно умирают. В структуре смертности колоректальный рак занимает 3-е место после рака легкого и желудка у мужчин, и

рака молочной железы и желудка у женщин. В Ярославской области в 2010 г. удельный вес больных 4 клинической группы среди впервые выявленных больных составил 25,5 % – прямая кишка, 29,7 % – ободочная кишка. Проблема лечения метастатического рака печени еще более сложная и актуальная, учитывая высокий уровень смертности пациентов с вторичным поражением печени, поэтому оказание специализированной хирургической помощи таким

больным является важнейшей задачей современной клинической онкологии.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты хирургического метода лечения КРР с метастазами в печень.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 25 клинических случаев пациентов, перенесших резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. Среди всех оперированных больных число женщин составило 12 (48 %), мужчин – 13 (52 %). Средний возраст больных составил $60,5 \pm 2,3$ года. Пациенты были выявлены в IV стадии заболевания в 28 % случаев, у остальных метастазирование в печень явилось прогрессированием заболевания после радикального лечения. II стадия опухолевого процесса была диагностирована в 40 % случаев, III-я – в 32 % и в IV стадия – 28 %. Источником метастазирования являлась: слепая кишка – 2 (8 %), восходящая ободочная – 2 (8 %), селезеночный изгиб – 1 (4 %), нисходящая ободочная кишка – 1 (4 %), сигмовидная – 11 (44 %), прямая – 8 (32 %). Солитарное поражение отмечали

в 56 %, множественные очаги в одной доле – в 24 %, билобарное поражение печени выявлено у 20 % пациентов. Наиболее часто метастатические очаги определяли в правой доле печени – 56 %, левая доля была поражена в 24 %. Объем выполненных операции был следующий: правосторонняя гемигепатэктомия – 10 (40 %), левосторонняя гемигепатэктомия – 1 (4 %), расширенные гемигепатэктомии – 2 (8 %), атипичные резекции печени – 8 (32 %), сегментэктомия – 1 (4 %), бисегментэктомии – 2 (8 %), трисегментэктомия – 1 (4 %). Во всех случаях диагноз был гистологически верифицирован. При морфологическом исследовании удаленных опухолей во всех случаях подтвердили наличие аденокарциномы различной степени дифференцировки.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 8 %. Причина: острая печеночная недостаточность. Осложнения: острый илеофemorальный тромбоз наблюдали в 1 случае. Прослежены отдаленные результаты лечения группы пациентов ($n = 25$). Медиана выживаемости – 22,6 мес., средняя продолжительность жизни пациента – $26,8 \pm 3,4$ мес.

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НА ПОЧВЕ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Загидова А.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Дагестан, Россия

Основными причинами развитие портальной гипертензии являются острый алкогольный гепатит, фульминантная печеночная недостаточность и хронические процессы: цирроз печени (алкогольный, вирусный, билиарный, криптогенный) врожденные метаболические заболевания: гемохроматоз, болезнь Вильсона – Коновалова, недостаточность 1-трипсина, муковисцидоз, врожденный печеночный фиброз, саркоидоз, также опухоли метастазы печени и тромботические процессы (под- и надпеченочные). В особую группу выделяют портальную гипертензию при заболевании сердца. Недостаточно освещенными в литературе остаются паразитарные заболевания печени являющиеся причиной портальной гипертензии, также как эхинококк и т.д.

В силу прогрессирующего роста эхинококковые кисты печени, расположенные близко к воротам печени, становятся причиной портальной гипертензии. На почве нагноения кисты развиваются флебит с аллергическим компонентом, воспаление магистральных трубчатых структур нарушается адекватный пассаж желчи, развивается билиарный цирроз, повышается давления в портальной системе.

Цель исследования: оценить особенности развития портальной гипертензии у больных с эхинококковым поражением печени и результаты лечения таких пациентов.

Материалы и методы. Было пролечено 600 больных с эхинококкозом печени, из них у 196

(32,7 %) наблюдали различные внутри и внекистозные осложнения (нагноения, прорыв в брюшную, грудную полости, желчные протоки). Портальная гипертензия была диагностирована у 31 (5,2 %) больного с неосложненным и осложненным течением эхинококка печени. Возраст больных был в пределах от 15 до 78 лет, преобладали женщины – 87,1 % (27 случаев).

Результаты. При расположении эхинококковой кисты в левой доле портальную гипертензию не наблюдали. Портальная гипертензия отмечена у больных с локализацией эхинококковых кист в правой доле печени. Кисты были крупными, охватывающими центральные зоны V-VI-VII и VIII сегментов печени. У всех наблюдавшихся больных была невыраженная портальная гипертензия с повышением давления до 350 мм водн. ст., спленомегалия, расширение вен пищевода, кардиального отдела желудка. В лабораторных исследованиях у больных с портальной гипертензией до хирургического лечения выявлены следующие изменения: повышения билирубина до 35 мкмоль/л, уменьшения общего белка до 58 г/л, альбуминов – до 45 %, увеличение глобулиновой фракции до 54 %, сахара крови – до 5 ммоль/л, мочевины – до 10,5 ммоль/л, креатинина – до 175 мкмоль/л.

Хирургическое лечение эхинококковых кист расположенных в центральной зоне печени, имеет свои особенности, связанные с огромными размера-

ми, отсутствием возможности ликвидировать остаточную полость путем вворачивания краев. Всем пациентам в этом случае выполнена полужакнутая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости оментопластикой и введением не одной, а нескольких трубок с учетом формы и объема кисты. Послеоперационный период у этой категории больных отличается длительностью течения, развитием гнойных и желчных свищей, что связано с ригидностью и фиксированностью стенок кисты к трубчатым структурам печени. Лабораторные исследования после операции указывали на присоединение воспаления и улучшение функциональных показателей печени, выразившихся в увеличении АСАТ до 2,23 н/моль/л, АЛАТ – до 2,50 н/моль/л,

нормализовалось, количество билирубина и сахара, но сохранилась дис- и гипопропротеинемия. При УЗИ селезенки спустя 6 месяцев выявлено значительное уменьшение ее размеров у 75 % больных, а через год она имела нормальные размеры.

Заключение. Паразитарное поражение печени при центральной локализации кисты у части больных способствует развитию портальной гипертензии. Эхинококкэктомия уменьшает давление на портальные вены и способствует снижению портальной гипертензии, уменьшению размеров селезенки, улучшению функционального состояния печени, но у части больных сопровождается наложением воспалительных изменений стенок кисты и самой печени.

СКРИНИНГ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Зинатулин Д.Р., Фомин В.С., Грандофилов М.М., Веденеев А.А., Харламова С.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – злокачественная первичная опухоль печени, происходящая из гепатоцитов, являющаяся шестой по частоте встречаемости злокачественной опухолью во всем мире, пятой по частоте у мужчин, восьмой – у женщин и третья по частоте причина смерти от рака, после рака легких и желудка. К основным факторам риска развития гепатоцеллюлярного рака относят: вирусные гепатиты В и С, афлотоксин, неалкогольный стеатогепатит, аутоиммунный гепатит, цирроз печени.

Цель исследования: систематизировать применение скрининговых алгоритмов для ранней диагностики гепатоцеллюлярного рака с целью улучшения результатов лечения и качества жизни пациентов.

Материалы и методы. За период 2007–2011 гг. на базе 33 ГКБ им. проф. А.А. Остроумова и ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко г. Москвы были выполнены скрининговые исследования 5960 пациентам входящим в группу риска по гепатоцеллюлярному раку в возрасте от 16 до 89 лет, в среднем $49 \pm 3,6$ года, из них 74 % мужчин. Всем пациентам выполняли УЗИ брюшной полости. В случае выявления образований печени диаметром до 2 см проводили динамический контроль, при образованиях более 2 см – выполняли компьютерную томографию с контрастным усилением и определяли уровень альфафетопротеина. В случаях выявления специфического характера кровотока в узле и повышение уровня альфафетопротеина более 200 нг/мл предварительно выставляли диагноз ГЦР. Учитывая устоявшийся в нашей стране принцип обязательной морфологической верификации, этой группе больных выполняли биопсию

образования и при получении гистологического подтверждения выставляли диагноз гепатоцеллюлярного рака. При отсутствии гистологического подтверждения биопсию повторяли еще дважды. Если у пациента при компьютерной томографии не было получено данных за наличие специфического кровотока в образовании печени или при трехкратном гистологическом исследовании был получен отрицательный результат, больным проводили динамическое наблюдение, заключающееся в УЗИ брюшной полости и контроле уровня альфафетопротеина каждые 6 месяцев.

Результаты. При выполнении скринингового УЗИ у 806 (13,5 %) пациентов от 17 до 89 лет, средний возраст составил $62 \pm 3,2$ года, из них 537 (66,6 %) мужчин и 269 (33,4 %) женщин, выявлены узловые образования в паренхиме печени. При дальнейшем обследовании 89 (11,0 %) пациентам потребовалось выполнение биопсии данных образований, из них гепатоцеллюлярный рак выявлен в 69 (77,5 %) случаев. Возраст пациентов составил от 52 до 85 лет, средний возраст – $65 \pm 2,2$ года. Половой диморфизм: мужчин было 42 (61 %), женщин – 27 (39 %).

Заключение. Проблема лечения гепатоцеллюлярного рака в XXI веке занимает одну из ведущих позиций в онкологии. Необходимо стремиться к увеличению выявляемости гепатоцеллюлярной карциномы на ранних стадиях за счет проведения скрининговых обследований в группах риска. Это позволит увеличить число пациентов, которым возможно выполнение радикального лечения, что приведет к улучшению результатов лечения и, как следствие, к улучшению качества жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УВЛАЖНЕННОГО И СОГРЕТОГО ГАЗА CO₂ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

Ибрагимов Т.Р., Алиева Г.Р.

Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучить влияние увлажненного и согретого газа CO₂ на результаты лапароскопических холецистэктомий (ЛХ), проводимых по поводу желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное исследование, в которое вошли 110 пациентов в возрасте от 16 до 81 года (средний возраст составил 52 года). Все пациенты были разделены на две группы: контрольную, со стандартным CO₂ – 60 (54,5 %) пациентов и основную, с увлажненным и согретым CO₂ – 50 (45,5 %) пациентов. Увлажнение и согревание газа CO₂, используемого для создания пневмоперитонеума, осуществляли посредством специального инфлятора и устройств. У всех больных изучали следующие клинические параметры: динамика температуры тела во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде, частота потения камерных линз и эффект помутнения видимости, послеоперационная боль и доза препаратов, используемых в послеоперационном периоде в качестве обезболивания. Помимо этого, в сравниваемых группах также коррелятивно были изучены длительность операции, длительность пребывания пациентов в стационаре, осложнения,

возникающие в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты. По изученным параметрам сравнительно хорошие результаты были отмечены в группе с использованием увлажненного и согретого CO₂. Так, в основной группе по сравнению с контрольной температура тела была более близка к норме, реже наблюдали помутнение камеры ($p = 0,01$) и послеоперационные боли в плечевой области ($p = 0,2$), также отмечали укорочение времени интенсивного наблюдения ($p = 0,1$) и уменьшение абдоминальных болей спустя неделю после операции ($p = 0,2$). По другим показателям (число пациентов вернувшихся к активному рабочему режиму, средний период пребывания в стационаре) статистически достоверную разницу не наблюдали.

Закключение. Сравнительный анализ результатов выявил нижеследующее: в группе, где с целью пневмоперитонеума использовали согретый и увлажненный газ, температура тела больных во время операции была более высокой, в послеоперационном периоде наблюдается меньше болей, больные чувствуют себя более комфортно и, следовательно, было меньше нужды в обезболивающей терапии.

ДЕЙСТВИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА НА КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Р.В.

Кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования. С целью адекватного лечения и увеличения продолжительности жизни больных с циррозом печени проведено исследование клеточного звена иммунной системы до и после введения криопреципитата в печень.

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с апреля 2010 по сентябрь 2011 г. на лечении находилось 16 пациентов с циррозом печени, которым исследовали клеточное звено иммунной системы. Мужчин было 9 (56,3 %), женщин – 7 (43,7 %). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 60 лет. Пациенты были разделены на две группы: с вирусносительством – 6 (37,5 %), без вирусносительства – 10 (62,5 %). Цирроз был вирусной этиологии у 6 из 16 пациентов, алкогольной – у 10. Криопреципитат вводили чрескожно под контролем УЗИ в ткань печени по 1,5–2 мл в каждый сегмент. Полученные данные сопоставляли

с клинико-лабораторными данными по классификации Child – Pugh. До введения криопреципитата в печень, цирроз класса А по Child-Pugh диагностирован у 2 пациентов, класса В – у 6 пациентов, класса С – у 8. Для количественного определения лимфоцитов использовали: проточный цитофлуориметр с набором программ для анализа данных, одноразовые пробирки (Фалькон), набор антител (Simultest ИМК-лимфоцит), лизирующий и фиксирующий растворы.

Результаты. Через 3 месяца после введения криопреципитата в печень значимых изменений клеточного звена иммунитета в группе без вирусносительства не было. Однако, в группе с вирусносительством отметили снижение вирусной активности поражения печени.

Через год после введение криопреципитата в печень, на фоне улучшения клинико-лабораторных данных, показатели Т-клеточного звена иммуни-

тета, особливо хелперной и Т-активированной популяции лимфоцитов, снизились до нижней границы нормы или ниже ее. Показатели В-клеточной популяции лимфоцитов напротив повысились в пределах нормативных показателей. Следовательно, через год у больных с вирусносительством был вторичный иммунодефицит на фоне системного поражения вирусом.

Сравнивая показатели клеточного звена иммунитета, до и после введения криопреципитата в цирротическую ткань печень выявили статистически значимые различия через год ($p < 0,05$).

Через год после внутривенного введения криопреципитата в печень цирроз класса А

был выявлен у 5 пациентов, класс В – у 8, класс С – у 3.

Выводы. Криопреципитат, введенный внутривенно больным с циррозом печени, в течение 3 месяцев активизирует клеточное звено иммунной системы, снижая активность поражения печени. Снижение клеточного звена иммунной системы ниже нормативных показателей является неблагоприятным фактором, ведущим к летальному исходу. Это указывает на необходимость повторного введения криопреципитата в цирротическую ткань печень через 3 месяца. Необходимость повторного введения криопреципитата доказывает проведенное исследование.

ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ КРИОПРЕЦИПИТАТА НА ГЕПАТОТЕСТ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Р.В.

Кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: определения дегенеративных процессов в цирротической ткани печени до и после введения криопреципитата.

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, с апреля 2010 по сентябрь 2011 г. на лечении находилось 16 пациентов с циррозом печени, сыворотку крови которых исследовали с помощью метода гепатотеста. Мужчин было 9 (56,3 %), женщин – 7 (43,7 %). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 60 лет. Цирроз класса А по Child – Pugh был диагностирован у 3 пациентов, класс В – у 7 пациентов, класс С – у 6. У 6 из 16 пациентов цирроз был смешанной (вирусной и токсической) этиологии, алкогольной – у 10. Были проанализированы маркеры активации апоптоза ауто-АТ к ДНК. Повышение уровня аутоантител к цитоплазматическим антигенам (HeS-08) и ауто-АТ к ДНК свидетельствуют об активности вирусных гепатитов и аутоиммунных процессов в печени. Полученные данные сопоставляли с клинико-лабораторными исследованиями по классификации Child – Pugh. Исследование гепатотеста проводили до введения криопреципитата в ткань печени под контролем УЗИ и после его введения (через 3 и 12 месяцев). Криопреципитат вводили чрескожно под контролем УЗИ в ткань печени, по 1,5–2 мл в каждый сегмент.

Результаты и их обсуждение. Исследуя количество сывороточного содержания ауто-АТ к антигенам гепатоцитов (НММР, HeS-08, ауто-АТ к ДНК), до и после введения криопреципитата в

цирротическую ткань печень установили, что у большинства больных, несмотря на то, что они длительно страдали циррозом печени, данные маркеры были в пределах нормы. Прогрессирующие дегенеративных процессов в печени, которое наблюдали у 4 из 16 пациентов с токсическим циррозом печени, снизилось через 3 и 12 месяцев, после введения криопреципитата, и было у 1 больного. Это доказывает стимулирующее действие криопреципитата на регенерацию цирротической ткани печени, что подтверждено при морфологическом исследовании. У 3 из 16 пациентов с активным циррозом печени вирусной этиологии (гепатит С и В) через 3 месяца после введения криопреципитата в печень было отмечено снижение активности процесса, а через 12 месяцев у 2 из этих больных патологический процесс перешел в хроническую форму заболевания. По-видимому, больным с декомпенсированным циррозом печени класса С по Child – Pugh, особенно вирусной этиологией, целесообразно рекомендовать повторное введение криопреципитата в печень через 3 месяца.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что криопреципитат, введенный в ткань печени под контролем УЗИ, у большинства больных страдающих циррозом печени, снижает активность дегенеративных и воспалительных процессов в печеночной ткани. При преобладании дегенеративных процессов в печени после введения криопреципитата необходимо повторное его введение в печень через каждые три месяца.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Кирилюк А.А.

БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 1», Вологда, Россия

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с ятрогенными травмами и рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП).

Материалы и методы. Исследование включает анализ результатов лечения 52 больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков. После «открытой» холецистэктомии 28 (53,8 %) больных, после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) 22 (42,3 %) больных, после резекции желудка 2 (3,9 %) больных. Преобладали больные в возрасте от 31 до 50 лет (55,9 %). Во время операции повреждение желчных протоков обнаружено у 4 больных, в послеоперационном периоде – у 48. По классификации Н. Bismuth, I тип повреждений был у 5 больных, II тип – у 22 больных, III тип – у 23 больных, IV тип – у 1 больного, V тип – у 1 больного.

Результаты. Клиническая картина ятрогенных повреждений в послеоперационном периоде развивалась в основном по трем вариантам: появление нарастающей желтухи у 16 (30,8 %) больного, наружным желчеистечением у 21 (40,4 %) больного, третьим вариантом было сочетание симптомов холестаза и желчеистечения у 15 (28,8 %) больных.

Во время первичной операции по коррекции ятрогенного повреждения желчных путей в послеоперационном периоде 20 больным в качестве первого этапа, выполнено наружное дренирование желчных протоков. Восстановительные операции выполнены 8 больным. Ушивание бокового дефекта общего желчного протока (ОЖП) с наружным дренированием – 4, снятие лигатуры с общего печеночного протока – 1. Билиобилиарный анастомоз (циркулярный) с дренированием по Керу выполнен 2 больным. Реконструктивные операции в объеме гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на изолированной по Ру петле тощей кишки выполнены 9 больным, у 2 из этих больных данная операция была дополнена транспеченочным каркасным дренированием по Сейпол – Куриану.

Результаты первичных операций были следующими: после восстановительных операций рубцовые стриктуры сформировались у 3 больных (8,1 %); после первичных реконструктивных операций в последующем также сформировались рубцовые стриктуры у 6 из 9 больных. Таким образом, после первичных восстановительных и реконструктивных операций повторно были оперированы 9 (56,2 %) больных из 16. Результаты этих первичных оперативных вмешательств признаны неудовлетворительными. Из 20 больных, со сформированными наружными желчными свищами 17 (85,0 %) были оперированы повторно спустя 2–3 месяца после первичной операции. Кроме этого, были оперированы 15 больных с краевыми повреждениями желчных протоков, которым первоначально проводили консервативную терапию с положительным эффектом. Всего в отдаленном периоде оперированы 43 пациента по поводу сформировавшихся РСЖП. В этой группе больных формирование ГЕА на изолированной по Ру петле с использованием каркасного дренажа выполнено у 16 (37,2 %) больных, без каркасного дренажа – у 25 (58,1 %) больных, ХДА сформирован у 2 (4,7 %) больных. Активно применяли принципы прецизионной техники наложения анастомоза с использованием рассасывающегося монофиламентного шовного материала. Во всех случаях наложения ГЕА «слепой» конец изолированной по Ру петли тонкой кишки фиксировали к передней брюшной стенке. Первоначально его использовали для декомпрессии зоны ГЕА путем проведения трубчатого дренажа, а в отдаленном периоде – для его эндоскопической коррекции. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Длительность нахождения СТД варьировала в пределах от 1,5 до 3 лет. В отдаленном периоде рецидив стриктуры отмечен у 7 больных, которым проводили различные виды эндоскопической коррекции.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА, КАК ПУТЬ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Кирилюк А.А.

БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 1», Вологда, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенными травмами и рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП) путем коррекции билиодигестивных анастомозов (БДА) при использовании «слепого

конца» отключенной по Ру петли тонкой кишки несущей анастомоз.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 43 больных по поводу РСЖП. По классификации Э.И. Гальперина больные были рас-

пределены следующим образом: «+2» – 6 больных, «+1» – 15, «0» – 19, «-1» – 3 больных.

Результаты. Во время операции по коррекции ятрогенного повреждения 20 больным выполнено наружное дренирование желчных протоков, через 2–3 мес. в плановом порядке гепатикоюноанастомоз (ГЕА) был наложен 19 из них. Восстановительные операции выполнены 8 больным. Рубцовая стриктура в отдаленном периоде сформировалась у 3 больных. Реконструктивные операции в объеме ГЕА на изолированной по Ру петле тощей кишки, выполнены 9 больным (транспеченочное каркасное дренирование по Сейпол – Куриану проведено у 2-х из них), рубцовая стриктура сформировалась у 6 больных. У 15 больных с краевыми повреждениями первоначально проводили консервативную терапию, однако в дальнейшем у всех отмечено формирование РСЖП. Среди больных с РСЖП формирование ГЕА на изолированной по Ру петле с использованием каркасного дренажа выполнено у 16 (37,2 %) больных, без каркасного дренажа – у 25 (58,1 %), ХДА (повреждение ЖП при резекции желудка) наложен у 2-х (4,7 %) больных. Длительность нахождения СТД варьировала в пределах от 1,5 до 3 лет. В отдаленном периоде рецидив стриктуры отмечен у 7 больных. В своей практике

мы используем как доступ для энтероскопии и коррекции ГЕА «слепой» конец приводящего отдела тощей кишки выключенной по Ру несущей анастомоз, который всегда используется в раннем послеоперационном периоде для декомпрессии БДА и подшиваем его к брюшине в месте выведения дренажа. С 2008 г. выполнили 9 таких эндоскопических коррекций ГЕА у 7 больных. У 1 больного ее выполняли трижды с интервалом в 5 месяцев. Во всех случаях удалось быстро обнаружить ГЕА и выполнить необходимый объем коррекции: баллонную дилатацию, литоэкстракцию, стентирование. У каждого пациента проведена ревизия вне- и внутрипеченочных желчных протоков при выполнении холедохоскопии (холедохоскоп FCP-9P фирмы «Pentax»).

При наблюдении в динамике (2–3 года) признаков рецидива стриктуры не отмечено у 6 больных. Результат признан хорошим.

Заключение. Разработанная методика энтероскопии и коррекции ГЕА проста и доступна в применении, так как не требует применения дорогостоящей и специализированной аппаратуры. Она может с успехом применяться неоднократно у одного больного при появлении признаков рецидива стриктуры ГЕА.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кудашкин Н.Е.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАОН, Москва, Россия

Цель исследования: оценить современные возможности радикального хирургического лечения больных опухолями периапулярной локализации (головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, дистального отдела внепеченочных желчных протоков, двенадцатиперстной кишки), осложненными развитием механической желтухи.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты истории болезни 30 больных, перенесших гастропанкреатодуоденальную резекцию по поводу злокачественных образований периапулярной локализации на фоне механической желтухи (уровень билирубина в сыворотке крови был выше 40 мкмоль/л) без ее купирования методами предоперационного желчеотведения. Медиана уровня билирубина на момент операции – 110 (40–450) мкмоль/л. Продолжительность желтушного периода (так называемый «стаж желтухи») составил в среднем 17 (7–42) дней. Проведена оценка интраоперационных показателей, послеоперационных осложнений и летальности.

Результаты. Медиана объема кровопотери составила 800 (300–2500) мл. Относительно не-

большой объем кровопотери можно объяснить присутствием в данной группе только лишь 2 (6,7 %) больных, которые перенесли комбинированные вмешательства и/или сосудистую реконструкцию, а так же выполнением более тщательного превентивного гемостаза, что, в свою очередь, нашло отражение в показателе медианы времени продолжительности операции, который составил 260 (160–410) мин. Послеоперационные осложнения диагностированы у 15 (50 %) больных. Среди наиболее часто встречающихся осложнений можно отметить: несостоятельность анастомозов (панкреатикодигестивного – 6 (30 %), билиодигестивного – 2 (6,7 %) больных); внутрибрюшной абсцесс – у 8 (26,7 %) больных; кровотечение (желудочно-кишечное – 1 (3,3 %); из области оперативного вмешательства – 2 (6,7 %) больных). Важно отметить, что послеоперационные осложнения имели не тяжелое течение, были купированы с помощью консервативной терапии и рентгенохирургическими методами, и не требовали выполнения вторичных открытых хирургических вмешательств. В послеоперационном периоде отмечен 1 (3,3 %) летальный исход.

Выводы. Гастропанкреатодуоденальная ре- зекция по поводу злокачественных образований периапулярной локализации на фоне механической желтухи без выполнения предоперационного дренирования обладает приемлемыми показателями послеоперационной летальности и частоты послеоперационных осложнений, на основании чего может быть рекомендована к применению в клинической практике. Важно, что это позволяет

значительно сократить срок от момента выявления опухолевого поражения до оперативного вмешательства, значительно повышая шанс на его удачное выполнение, без увеличения риска осложнения течения послеоперационного периода. В тех случаях, когда выполнение радикальной операции откладывается, целесообразно применение предоперационной декомпрессии с целью купирования механической желтухи.

СПОСОБ ОБРАБОТКИ ДРЕНАЖЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Курбанова А.Р.

ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Махачкала, Дагестан, Россия

При деструктивных панкреатитах, особенно инфицированном панкреонекрозе, почти во всех случаях, устанавливаются дренажи в местах скопления экссудата. Нередко дренажи находятся в брюшной полости и парапанкреатической области длительно. При этом высокая вероятность их контаминации и формирования на них биопленок – структурированных сообществ бактериальных клеток, заключенных в полимерный матрикс. Биопленки фиксируются к стенкам дренажей и могут быть на тканях, окружающих дренажную трубку. Микроорганизмы, заключенные в биопленках обладают повышенной устойчивостью к антибиотикам и антисептикам. Во многих случаях сами микроорганизмы способны образовывать биопленки.

Цель исследования: изучить возможности озонированного физиологического раствора (ОФР) в эрадикации микрофлоры, структурированной в биопленке фиксированной к дренажам.

Материалы и методы. В исследование вошли результаты лечения 119 пациентов. Проанализированы результаты применения ОФР для промывания дренажей установленных в брюшной полости и парапанкреатической зоне у 63 (52,9 %) пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Мужчин было 41 (65,1 %), женщин – 22 (34,9 %). Контрольная группа состояла из 56 (47,1 %) больных, которым для промывания дренажей применяли диоксидин.

ОФР получали путем барботирования на аппарате УОТА – 60-01 (Медозонс). Для поддержания необходимой концентрации озона в физиологическом растворе, производили его измерение на «Неселективном озометре НФ 25411». Дополнительно концентрацию озона поддерживали обработкой его мелкодисперсной взвесью озонированного 0,9% NaCl, с размерами частиц 0,510 мкм, концентрация его в растворе для промывания дренажей составля-

ла 10 мг/л. Все пациенты комплексно обследованы и получали традиционную интенсивную терапию. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы «Биостатистика».

Результаты. Все пациенты, которым проводили введение ОФР в брюшную полость, либо в парапанкреатическую область, отмечали хорошую его переносимость. После промывания дренажных трубок и полостей, в которые они установлены, ОФР на вторые сутки отмечается улучшение общего состояния пациентов, нормализация температуры тела, уменьшение количества раневого отделяемого. На вторые сутки после начала промывания ОФР отмечены положительные сдвиги в периферической крови (гемоглобин – 133 ± 4 г/л, СОЭ – 19 ± 2 мм/ч, лейкоциты крови $5,2 \pm 0,3 \times 10^9$ /л, мочевины – $4,2 \pm 0,3$ ммоль/л, общий билирубин – $9,3 \pm 0,5$ мкмоль/л). Эти показатели в контрольной группе больных в указанные сутки достоверно отличались (гемоглобин – 114 ± 5 г/л, СОЭ – 42 ± 4 мм/ч, лейкоциты крови – $12,3 \pm 1,2 \times 10^9$ /л, мочевины – $11,6 \pm 1,3$ ммоль/л, общий билирубин – $22,6 \pm 1,7$ мкмоль/л). После начала промывания дренажей ОФР микробное число в раневом отделяемом сократилось с 104 до 101, а в некоторых наблюдениях микрофлора вообще не была обнаружена, тогда как в контрольной группе это имело место. Медиана длительности нахождения дренажей в брюшной полости в основной группе составляла $16,6 \pm 3,5$ дня, в контрольной $25,7 \pm 5,2$ дня.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности промывания дренажей, установленных в брюшную полость и парапанкреатическую зону при деструктивном панкреатите озонированным физиологическим раствором. Это дает возможность быстро купировать воспалительный процесс в поджелудочной железе и окружающих ее тканях.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОНАТАЛЬНЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ

Мусаев Э.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Атрезия желчных протоков представляет собой одну из наиболее трудных проблем современной хирургии. Без своевременного хирургического лечения билиарная атрезия приводит к развитию билиарного цирроза и смерти больного в течение первых лет жизни. Однако до настоящего времени нет методов диагностики 100 % специфичных и чувствительных при этой патологии.

Цель исследования: разработка алгоритма диагностики и лечения детей с неонатальными холестазами.

Материалы и методы. Проведен анализ 126 историй болезней пациентов с синдромом холестаза. Из анамнеза известно, то первые признаки болезни в виде холестаза у всех детей появились в течение первого месяца жизни, желтуху и ахоличный стул в период новорожденности отмечали у 93 % детей. В возрасте до 2 месяцев в клинику поступил 31 (24,6 %) пациент, 2 месяцев – 57 (45,3 %) детей, в возрасте 3 месяцев поступило 29 (23,0 %) детей и в 4 месяца – 9 (7,1 %). В течение первого месяца жизни биохимическое исследование крови проведено лишь 16 (12,7 %) детям, они находились под наблюдением.

В последнее время наиболее часто обсуждается роль цитомегаловирусной инфекции в этиологии билиарной атрезии. Учитывая вышеизложенные факты, дети были обследованы на маркеры TORCH-комплекса. Инфекционная природа гипербилирубинемий была доказана в 88,2 % случаев: в виде моноинфекции – у 58,8 % ребенка, микстинфекция выявлена – у 29,4 % детей. Маркеры активной репликации цитомегаловируса обнаружены у 75,5 % больных, вируса герпеса – у 14,3 % обследованных, токсоплазмоз – у 1 (3,8 %) ребенка.

Результаты. Первоначально следует определить степень гипербилирубинемии и фракции

билирубина, когда различают значительное преобладание непрямого билирубина (НБ) или же, наряду с этим, отмечают увеличение показателей прямого билирубина (ПБ). Гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции выявлено у 35 (27,8 %) детей, у 29 (23,0 %) детей фракции билирубина были равные, в остальных случаях преобладала непрямая фракция.

31 % детей поступали в различные медицинские учреждения с геморрагическим синдромом, проявляющимся кровоточивостью из мест инъекций.

Постнатальная энцефалопатия, гипотрофия различной степени выявлены в 27 % случаев, врожденные пороки сердца – у 15 %, пороки развития кишечника – у 3 % детей.

Основными диагностическими критериями при установлении атрезии желчевыводящих путей являлись динамика биохимических показателей крови и эхокартина печени и желчевыводящих путей. Динамическое ультразвуковое сканирование с определением фиброзного треугольника в области ворот печени и желчного пузыря позволило исключить атрезию желчных путей у 91 (72,2 %) больного.

Заключение. Затяжное течение желтухи отмечается у 26,4 %. Инфекционный фактор, как возможная причина длительной гипербилирубинемии у детей раннего возраста, занимает преимущественное положение. Проводя дифференциальную диагностику патологических вариантов желтухи у младенцев, следует учитывать высокую вероятность инфицирования каждого ребенка. Повсеместное внедрение в практику здравоохранения и применение современных методов идентификации маркеров TORCH-инфекций и эхосканирования позволяет своевременно уточнить причину гипербилирубинемии и выработать тактику введения этих пациентов.

РЕМОДЕЛИРОВАНТЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ

Насибова У.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия

При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап поэтапного лечения, так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняют наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно-щелочного баланса и запирающей функции пилорического жома, которые приводят к выраженным морфо-

функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: оценить морфо-функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта и степени нарушения нутритивного статуса пациентов с полным наружным отведением желчи.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 237 больных с полным наружным отведением желчи по

поводу механічної жовтухи опухолевого генеза. Декомпресія бiliarного тракту була проведена шляхом виконання перкутанної чрезпеченочної холангіостомії в 93 (39,2 %) спостереженнях, холецистостомія із міні-доступа з лапароскопічним асистуванням – в 144 (60,8 %). Наряду з вивченням гемостаза хворим виконували фіброгастродуоденоскопію, добірний рН-моніторинг верхніх відділів ЖКТ, копрологічні дослідження, визначення індексу маси тіла. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням програми «Біостатистика».

Результати. Ерозивно-язвенне ураження верхніх відділів ЖКТ виявлено у 64,5 % хворих. Почти у всіх пацієнтів були високі показники рН в шлунку і дванадцятипорої кишці. Хворі скаржилися на изжогу, тошноту і блювоту. У 3,4 % хворих відзначено гастро-дуоденальне кровотеча. У 18,9 % хворих були місце стеа-

торія і креаторея. Гіпопротеїнемія спостерігали у 49,8 % хворих. Водно-електролітні порушення відзначені у 93,6 % хворих. Почти у всіх пацієнтів була тенденція до гіповолемії і гіпокаліємії. Індекс маси тіла пацієнтів до декомпресії бiliarного тракту становила 22,6 кг/м², на 10–12-е доби після декомпресії – 17,6 кг/м².

Хворим проводили комплексну терапію з коррекцією водно-електролітного обміну, призначенням інгібіторів протеїнової помпи, сбалансованих нутрієнтів, а також пацієнтам налаштовували пероральне надходження жовчі.

Висновок. При повному зовнішньому відведенні жовчі змінюється модель травлення, виникають ерозивно-язвенні зміни в шлунково-кишковому тракту, особливо в верхньому його відділі. Слідовательно, повинна бути замісительна терапія, яка направлена на коррекцію виникаючих порушень.

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Пахомова Р.А.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: повысить эффективность лечения печеночной недостаточности у больных с внепеченочным холестазом.

Материалы и методы. Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 84 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненной механической желтухой (МЖ).

В структуре доброкачественных заболеваний БПДЗ, обусловивших развитие МЖ, преобладала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом (у 41 больного – 48,8 %). Дистальные стриктуры внепеченочных желчных протоков диагностировали у 25 (29,8 %) больных. Хронический индуративный панкреатит имел место у 2 (2,4 ± 1,7 %) больных. Среди больных со злокачественными новообразованиями БПДЗ чаще выявляли опухоль поджелудочной железы (у 12 больных – 14,3 %), опухоль билиарной системы (у 4 больных – 4,7 %) – значительно реже. Возраст больных был в пределах от 15 до 93 лет.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности профилактики развития печеночной недостаточности были сформированы две клинические группы больных. В группу клинического сравнения (ГКС) вошли 49 больных, которым в предоперационном периоде проводили традиционную инфузионную терапию. Основную группу (ОГ) составили 35 больных, которым в предоперационном периоде применяли управляемую гемодилюцию с форсированным диурезом. У больных с

билирубином выше 200 мкмоль/л 2–3 раза проводили гемо- или лимфосорбцию. Группы больных были сопоставимы по характеру патологии БПДЗ, полу, возрасту, степени выраженности желтухи (уровню средних значений показателей общего билирубина, АЛТ, АСТ) и характеру сопутствующей патологии.

Клинические проявления печеночной недостаточности определены у 21,6 % пациентов из ГКС. Они были разнообразными: адинамия, нарушения сна, памяти, потеря в весе, отсутствие аппетита, диспепсические расстройства, слабость. У некоторых больных нарушения эмоционально-психической сферы выражались в эйфории, отсутствии критической оценки своего состояния, психозах. Изучение показателей крови, прежде всего индикаторов гепатодепрессии, выявило у больных с клиникой печеночной недостаточности по сравнению с теми, у кого она отсутствовала, более грубые изменения, причем различия оказались статистически значимыми ($p < 0,05$).

Послеоперационную печеночную недостаточность, как прогрессирующую дооперационную, так и развившуюся после вмешательства наблюдали у 17,9 % больных из ОГ. Она возникала в первые 3–5 сут. после операции, чаще у больных с длительным и интенсивным холестазом. Решающим фактором в этиологии ее следует считать предоперационные нарушения функций печени, операция лишь ускоряла развитие осложнений. Они прогрессировали, спровоцированные операционной травмой, кровопотерей, наркозом, декомпрессией желчного дерева.

С развитием гепатодепрессии или прогрессирующим ее усилением желтуха, геморрагический синдром, снижался диурез, у некоторых больных появлялся асцит, уменьшалось или прекращалось желчеотделение по дренажам, желчь становилась белой.

Заключение. Печеночная недостаточность осложняет механическую желтуху в 12,6 % случа-

ев до операции и в послеоперационном периоде в 17,9 %. В профилактике и лечении этого осложнения важную роль, наряду с своевременностью и оптимальностью оперативного вмешательства, имеет активная дооперационная подготовка с применением всех доступных методов детоксикации и активная инфузионная терапия в послеоперационном периоде.

ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Поршенников И.А.

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
Новосибирск, Россия*

Основным показанием к портосистемному шунтированию при циррозе печени в настоящее время является вторичная профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) гастроэзофагеального коллектора при неэффективности эндоскопических методов их профилактики.

В период с 2007 по 2012 гг. выполнили Н-образное мезокавальное шунтирование ePTFE-протезами с углеродным покрытием диаметром 8 мм 5 пациентам (средний возраст – $54,2 \pm 5,22$ года) с рецидивирующими кровотечениями из ВРВ на фоне цирроза печени различной этиологии Child – Pugh B, впоследствии, начиная с 2009 г., включенным в лист ожидания ортотопической трансплантации печени (ОТП). У всех больных после шунтирования зафиксированы депрессия портосистемного градиента (в среднем на $12,8 \pm 3,27$ мм рт. ст.) и редукция ВРВ. С момента вмешательств рецидивов кровотечений не зафиксировано ни в одном случае. В настоящее время все пациенты живы. Класс печеночной недостаточности после шунтирования не изменился ни в одном случае. Одной пациентке выполнена ОТП через 1663 дня после шунтирования и через 691 день после включения в лист ожидания. Технически ОТП выполнена с сохранением ретропеченочного сегмента нижней полой вены без вено-венозного обхода с кавальной реконструкцией по типу «конец в бок». Функционирующий шунт был достаточно просто идентифицирован и после портальной реперфузии трансплантата разобщен. Интраоперационная кровопотеря составила 1000 мл. После-

операционный период протекал без осложнений. Актуальный срок после ОТП составляет 196 дней, признаков дисфункции трансплантата нет.

Основой современной концепции портосистемного шунтирования при циррозе печени является условие обеспечения эффективного контроля кровотечений при сохранении гепатопетального кровотока с учетом возможной трансплантации печени, ожидание которой может быть длительным. Шунт должен соответствовать следующим критериям:

- 1) парциальная декомпрессия;
- 2) хорошие показатели отдаленной проходимости и выживаемости пациентов;
- 3) отсутствие диссекции элементов печеночно-двенадцатиперстной связи;
- 4) возможность разобщения с восстановлением полного объема портальной перфузии.

Н-образный мезокавальный шунт наиболее удовлетворяет этим критериям. Дополнительным преимуществом является то, что гепатэктомия проходит в условиях функционирующего шунта при невысоких цифрах портального давления, что может существенно уменьшить интраоперационную кровопотерю. Внеанатомический характер и относительно невысокая скорость кровотока по такому шунту создают условия для увеличения риска его тромбоза. Принимая во внимание эти факторы, использовали ePTFE протезы с атромбогенным углеродным покрытием и нарушения их проходимости в мезокавальной позиции, где имплантированы относительно длинные фрагменты, не зафиксировали.

ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Пучинская М.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Рак поджелудочной железы (ПЖ) в настоящее время занимает 4-е место в структуре злокачествен-

ных новообразований органов желудочно-кишечного тракта, и заболеваемость постепенно возрастает.

Он является наиболее частой злокачественной опухолью органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ). В связи с длительным бессимптомным течением заболевания выявить его на ранних стадиях затруднительно. На поздних стадиях хирургическое лечение часто невозможно, а чувствительность опухоли к химиолучевой терапии невысока. В связи с тем, что пациенты с опухолями ПЖ часто поступают в общехирургические стационары по месту жительства, считаем актуальным изучение частоты таких поражений в стационарах общего профиля и возможностей их дифференциальной диагностики.

Цель исследования: определить частоту встречаемости опухолей ПЖ у пациентов, госпитализированных в отделение экстренной хирургии.

Материалы и методы. Работа проведена на базе 1-го хирургического (экстренного) отделения 10-й городской клинической больницы города Минска. Проанализировали данные Журналов регистрации и историй болезни пациентов отделения за 2007–2011 гг. Был произведен отбор пациентов с заключительным клиническим диагнозом опухоли ПЖ. Обследование и лечение пациентов проводили согласно принятым в республике стандартам. Полученные данные обработаны в программе Microsoft Excel и Statistica 6.0 (StatSoft.Inc).

Результаты. Из 14810 пациентов, пролеченных в отделении за 5 лет, новообразования ПЖ были выявлены в 59 случаях, что составило 0,4 %. В то же время опухоли ПЖ встречались более чем в половине случаев опухолевых поражений органов БПДЗ (59 из 106, 55,66 %), что соответствует имеющимся в литературе данным. Число ежегодно поступающих в отделение пациентов с опухолями ПЖ было примерно одинаково (10–15, за исключением 2008 г., когда отмечено лишь 5 таких пациентов), доля

опухолей ПЖ в структуре опухолей органов БПДЗ также оставалась стабильной. Во многих случаях оперативные вмешательства не выполняли и верифицировать природу опухоли (доброкачественная или злокачественная) не представлялось возможным. Также не во всех случаях было возможно точно определить стадию заболевания. Средний возраст пациентов составил $66,7 \pm 12,72$ года. Среди них было 33 (55,93 %) мужчины и 26 (44,07 %) женщин, соотношение мужчин и женщин составило 1,27 : 1. Для 34 пациентов мы смогли уточнить время наблюдения после постановки диагноза. В результате было установлено, что на момент проведения исследования умерли 19 (55,88 %) из 34 пациентов. Медиана общей выживаемости составила 7 месяцев (от 0 до 56 месяцев), 1-летняя выживаемость – 38,24 %, 5 лет не прожил ни один из пациентов. Общая выживаемость достоверно не различалась у пациентов разного пола ($p = 0,14$).

Выводы

1. В структуре нозологий, пролеченных в отделении, опухоли ПЖ составляют лишь 0,4 %, однако они встречаются в 55,66 % случаев опухолей органов БПДЗ.

2. Опухоли ПЖ несколько чаще встречались у мужчин.

3. Отмечена небольшая продолжительность жизни пациентов с опухолями ПЖ, наблюдавшихся в онкодиспансере (медиана выживаемости 7 месяцев).

4. Несмотря на редкость данной патологии у пациентов отделения экстренной хирургии, врачи общехирургических стационаров должны своевременно диагностировать опухоли ПЖ и направлять пациентов в специализированные онкологические учреждения для последующего лечения.

ОПУХОЛИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Пучинская М.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Опухоли внепеченочных желчевыводящих путей (ВПЖВП) являются относительно редким заболеванием, а возможности их радикального лечения ограничены, что определяет невысокую выживаемость пациентов. Часто опухоли ВПЖВП осложняются развитием механической желтухи (МЖ), которая во многих случаях становится первым симптомом заболевания и поводом для обращения за медицинской помощью. Пациенты с МЖ обычно поступают в общехирургические стационары по месту жительства, и важнейшими задачами врачей становятся купирование МЖ и постановка максимально точного диагноза опухоли ВПЖВП с использованием доступных современных методов визуализации.

Цель исследования: определить частоту встречаемости и структуру опухолей ВПЖВП у пациентов, поступающих в экстренном порядке в общехирургический стационар, а также выживаемость этих пациентов.

Материалы и методы. Были проанализированы данные журналов регистрации пациентов и историй болезней пациентов 1-го хирургического (экстренного) отделения 10-й городской клинической больницы города Минска за период 2007–2011 гг. Статистическая обработка данных выполнена в программах Microsoft Excel и Statistica 6.0 (StatSoft.Inc).

Результаты. За указанное время в отделении прошли лечение 14810 пациентов. Опухоли ВПЖВП

были диагностированы у 32 (0,216 %) из них. При этом поражение большого дуоденального сосочка (БДС) выявлено в 10 (31,25 %) случаях, терминального отдела холедоха (ТОХ) – у 5 (15,625 %), проксимальных внепеченочных протоков (опухоль Клатскина) – у 7 (21,875 %), рак желчного пузыря (ЖП) – у 7 (21,875 %) и поражение холедоха без уточнения локализации – в 3 (9,375 %) случаях. Медиана возраста пациентов составила 67 лет (от 41 до 83 лет). Среди пациентов с опухолями протоков было 8 (32 %) женщин (соотношение мужчин и женщин 2,125 : 1), среди пациентов с опухолями ЖП – 6 (85,71 %) женщин (соотношение 1 : 6). Определить время жизни после установления диагноза (по данным Минского городского клинического онкологического диспансера) удалось у 21 пациента. При этом медиана выживаемости пациентов с опухолями ВПЖВП составила 10 месяцев (от 1 до 62 месяцев), однолетняя выживаемость – 42,9 %.

Отметим, что различие в выживаемости пациентов (метод Каплана – Майера) с опухолями желчных протоков (медиана выживаемости 12 месяцев, от 1 до 62 месяцев) и ЖП (медиана 4 месяца, от 2 до 18 месяцев) было недостоверно ($p = 0,055$, лог-ранговый тест).

Выводы

1. Опухоли ВПЖВП были выявлены у 0,216 % пациентов отделения экстренной хирургии, то есть они являются весьма редкой патологией.
2. Чаще отмечали поражения БДС (31,25 %), проксимальных отделов холедоха и ЖП (по 21,875 %).
3. Опухоли желчных протоков примерно в 2 раза чаще встречались у мужчин, в то время как среди пациентов с опухолями ЖП женщины составили 85,71 %.
4. Медиана выживаемости пациентов составила 10 месяцев и достоверно не различалась у пациентов с опухолями протоков и ЖП ($p = 0,055$).

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА ОПУХОЛЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПО ДАННЫМ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Пучинская М. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Злокачественные новообразования внепеченочных желчных протоков (ВПЖПр) встречаются в практике онколога относительно редко. Они составляют примерно 1 – 3 % новообразований различных локализаций и 3–18 % опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. Тем не менее, эти новообразования представляют достаточно серьезную проблему в отношении диагностики и лечения. Наиболее частым симптомом является механическая желтуха (МЖ), однако она не всегда развивается на ранних стадиях заболевания. Достаточно актуальной является проблема ранней диагностики опухолей ВПЖПр. Часто для точного определения локализации опухоли необходимо использование многих современных методов медицинской визуализации (УЗИ, КТ, РХПГ, МРТ). В лечении, прежде всего, используют оперативные вмешательства, а при их невозможности – химиолучевая терапия, которая, однако, недостаточно эффективна.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости и структуру опухолей ВПЖПр у пациентов, находившихся на стационарном лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД).

Материалы и методы. В базе данных пациентов МГКОД был осуществлен автоматизированный поиск данных о пациентах со злокачественными новообразованиями ВПЖПр (С24), проходивших стационарное лечение в МГКОД с 2001 по 2011 гг. Была проанализирована структура опухолей ВПЖПр и выявление их на различных стадиях.

Статистическая обработка выполнена в программе Microsoft Excel с использованием описательной статистики.

Результаты. Всего были найдены сведения об 11 пациентах с опухолями ВПЖПр. Такое малое их число, вероятно, объясняется тем, что учитывали лишь пациентов, лечившихся стационарно, и не учитывали пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением (в том числе получавших симптоматическую терапию). В то же время известно, что очень многие пациенты с опухолями протоков по поводу МЖ доставляются в общехирургические стационары города, где им по жизненным показаниям выполняют симптоматические дренирующие операции. Часто диагностируется распространенный злокачественный процесс и в дальнейшем специальное лечение в онкологическом стационаре они не получают. Из указанного числа пациентов рак терминального отдела холедоха (ТОХ) был выявлен в 3 (27,27 %) случаях, проксимальных отделов холедоха (опухоль Клатскина) – в 4 (36,36 %), холедоха без уточнения уровня поражения – в 3 (27,27 %), гепатикохоледоха – в 1 (9,09 %). Заболевание было выявлено в I стадии у 2 (18,18 %) пациентов, во II – у 2 (18,18 %), в III – у 5 (45,45 %) и в IV – у 1 (9,09 %) человека, в 1 (9,09 %) случае стадия заболевания установлена не была. Как видно, заболевание чаще диагностировали в III стадии, когда имелось значительное местное распространение опухоли и поражение регионарных лимфоузлов, но без отдаленных метастазов.

Выводы

1. Пациенты с опухолями ВПЖПр редко встречались среди стационарных пациентов МГКОД.
2. Несколько чаще встречались поражения проксимальных отделов холедоха.

3. Почти в половине случаев заболевание выявлялось в III стадии.

4. Более раннее выявление опухолей ВПЖПр, в том числе врачами общего профиля, позволит увеличить число пациентов, которым может быть проведено специальное лечение.

МАРКЕРЫ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ПОРАЖЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ

Робак В.И., Евтушенко Д.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Тяжелые формы острого панкреатита, осложненные поражением забрюшинной клетчатки, остаются одним из сложнейших заболеваний в лечебно-диагностической тактике. Наличие у больного с острым панкреатитом гнойно-септических осложнений является абсолютным показанием к оперативному лечению. При этом задержка оперативного лечения приводит к прогрессированию заболевания с нарастанием интоксикации и развитием полиорганной недостаточности.

Целью исследования явилось выявление ранних диагностических клинико-лабораторных маркеров характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки у больных с тяжелыми формами острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 125 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Критериями включения в исследование было наличие у больного тяжелой формы острого панкреатита с органной недостаточностью и наличием осложнений со стороны брюшной полости.

Инфицированный панкреонекроз выявлен у 80 (64 %) больных; асептический панкреонекроз с ферментативным перитонитом и острыми асептическими перипанкреатическими жидкостными скоплениями – у 45 (36 %) больных. Поражение забрюшинной клетчатки выявлено у 80 (64 %) больных.

Для поиска прогностических критериев характера поражения поджелудочной железы и забрю-

шинной клетчатки в предоперационном периоде у больных с тяжелыми формами острого панкреатита проанализированы: реакция периферической крови, биохимические показатели крови и система свертывания крови.

Результаты. Установлено, что наиболее достоверными ($p < 0,05$) маркерами развития у больного инфицированного панкреонекроза являются следующие клинико-лабораторные показатели: гипербилирубинемия более 39,0 мкмоль/л, анэозинофилия, значения лейкоцитарного индекса интоксикации более 4,5, индекса резистентности организма менее 95,6 и индекса соотношения нейтрофилов и моноцитов более 28,8.

Наиболее достоверными ($p < 0,05$) маркерами поражения забрюшинной клетчатки у больного с инфицированным панкреонекрозом являются следующие клинико-лабораторные показатели: индекс Гаркави менее 0,25, коэффициент де Ритиса менее 0,5 и уровень мочевины более 6,5 ммоль/л.

Выводы. Течение тяжелых форм острого панкреатита осложняется поражением забрюшинной клетчатки в 64 % случаев.

Выявленные клинико-лабораторные маркеры являются достоверными в диагностике инфицированного панкреонекроза и поражения забрюшинной клетчатки у больных с тяжелыми формами острого панкреатита.

КТ-ВОЛЮМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ И ТЕСТ ЭЛИМИНАЦИИ ИНДОЦИАНОВОГО ЗЕЛЕННОГО ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Слободяник А.В.

ФБГОУ ВПО МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Одним из частых и грозных осложнений резекционных вмешательств на печени является развитие и прогрессирование послеоперационной гепатоцеллюлярной дисфункции. К настоящему времени предложено большое число методов оценки и прогнозирования печеночной недостаточности, что свидетельствует о неудовлетворенности хирургами их практической ценностью.

Материалы и методы. В основу исследования положен ретроспективный анализ 78 резекций печени. Мужчин было 32 (41 %), женщин – 46 (59 %), средний возраст – $54,2 \pm 13,7$ года. Показанием к оперативному лечению служили злокачественные опухоли печени в 44 (56,3 %) наблюдениях и доброкачественные образования в 34 (43,7 %) случаях. Практически у половины больных выполнены об-

ширні резекції печінки (більше 3 сегментів, $n = 43$, 55,1 %). Крім традиційних лабораторно-інструментальних методів обстеження для прогнозування післяопераційної гепатодисфункції виконували кліренс-тест з індоціановим зеленим і комп'ютерно-томографічну волюметрію печінки. Осложнений післяопераційний період мав місце у 27 (34,7 %) хворих, із них печінкова недостатність розвилася в 62,9 %.

Результати. В результаті кліренс-теста з індоціановим зеленим оцінювали швидкість плазменної елімінації (СПЕіцз) і остаточну концентрацію красителя на 15 хвилині (ОК15іцз) з референтними значеннями більше 20 % в хвилині і менше 10 %, відповідно. В групі обстежених хворих дані показники в середньому склали $18,2 \pm 6,7$ % в хвилині і $12,1 \pm 2,4$ %, відповідно. Показники динамічного теста з діагностичним красителем не залежали від етіології онкологічного процесу, віку і статі обстежених. Однак, в групі хворих з хронічним гепатитом або циррозом СПЕіцз в середньому склали $15,5 \pm 7,1$ % в хвилині, а ОК15іцз – $19,1 \pm 6,4$ %, що значимо відрізняється від пацієнтів без супутніх дифузних захворювань печінки. Показники кліренс-теста з індоціаном достовірно коррелювали з рядом біохімічних показників: АЛТ ($r = 0,58$; $p < 0,05$), АСТ ($r = 0,45$; $p < 0,05$), загальний білірубін ($r = 0,4$; $p < 0,05$), креатинін ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Сопоставлення результатів резекцій печінки з вихідними даними швидкості плазменної елімінації красителя дозволило зробити висновок, що у пацієнтів з СПЕіцз < 10 %/хвилині в післяопераційному періоді гепатоцелюлярна дисфункція мала місце

в 85,7 % випадків, а при субнормальних значеннях плазменної елімінації (> 15 % в хвилині) лише в 15,4 % спостережень. Чувствителіність і специфічність даного кліренс-теста в прогнозуванні післяопераційної печінкової недостатності склали 92,3 % і 71,4 % відповідно.

З метою оцінки об'єму паренхіми залишкової після резекції на передопераційному етапі виконували КТ-волюметрію печінки. В середньому об'єм резекції склав $674,2 \pm 288,1$ см³/м² поверхні тіла, а остаточний – $469,37 \pm 205,24$ см³/м² поверхні тіла. Аналіз результатів оперативного лікування в залежності від об'єму резекції показав, що в спостереженнях коли залишковий об'єм не перевищує 550 см³/м² поверхні тіла частота розвитку післяопераційної гепатоцелюлярної дисфункції складає 58,1,3 %. В протилежність, коли остаточний об'єм перевищує дані значення печінкова недостатність мала місце лише у 1 (14,3 %) пацієнта. Особливо значимо результати хірургічного лікування залежали від об'єму резекції у хворих з супутніми хронічними дифузними захворюваннями печінки. Взагалом, оцінка об'єму резекції за даними КТ-волюметрії продемонструвала достатньо високу чувствителіність (84,6 %) і низьку специфічність (57,1 %).

Висновок. Кліренс-тест з індоціановим зеленим в поєднанні з КТ-волюметриєю є ефективним методом об'єктивного, детального і градуированного аналізу функції печінки. Урахування параметрів даних методів обстеження в передопераційному плануванні резекцій печінки сприяє покращенню результатів хірургічного лікування.

МОРФОЛОГІЯ ПЕЧІНКИ В АСПЕКТІ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧЕСЬКОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЦИРРОЗОМ ПЕЧІНКИ І ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Стрижков Н.А.

Республіканський спеціалізований центр хірургії ім. акад. В. Вахідова, Ташкент, Узбекистан

Ціль дослідження: виявити морфологічні критерії і встановити взаємозв'язок між структурним статусом печінки і тривалістю виживаності після портосистемного шунтування (ПСШ).

Матеріали і методи. Проведено аналіз 65 біопсій печінки у хворих циррозом печінки, оперованих в РСЦХ ім. акад. В. Вахідова за період з 1979 по 2005 рік. Хворі були розподілені на наступні 3 групи: з виживаністю до 1 року (1-я група) – 22, до 5 років (2-я група) – 27 і до 10 і більше років (3-я група) – 16 пацієнтів. Біоптати отримували в час оперативного втручання. Повторні прицільні тонкоігольні біопсії під контролем спіральної комп'ютерної томографії (7 випадків) і ультразвукового дослідження

(5 випадків) проведені у 12 пацієнтів, із них після 3 років – у 5, після 5 років – у 6 і через 10 і більше років після ПСШ – у 3 пацієнтів.

Результати і обговорення. Найбільші структурні зміни печінки відзначені в 1-й групі пацієнтів, в якій домінували змішані мультилобулярні форми циррозу.

В 2-й групі домінували мелкоузлові форми циррозу печінки. Септи між вузлами були досить широкими. Мав місце локальне скоплення лімфоцитів, що свідчить про досить високий рівень активності процесу. В вузлах клітини поліморфні з світлою цитоплазмою і поліморфними ядрами. Незважаючи на поліморфізм ядер і гетерогенність гепатоцитів, ці зміни виражені в меншій ступені, ніж в 1-й групі.

Характерной особенностью печени в этой группе является расширение синусоидных капилляров при хорошей сохранности гепатоцитов в глубине органа, а также наличие значительного числа желчных протоков различного калибра в прослойках соединительной ткани.

В 3-й группе мостовидные некрозы и сформированные септы встречались в основном, в субкапсулярной области. При этом, несмотря на участки, довольно широких зон мостовидных некрозов, отмечается удовлетворительная сохранность большей части гепатоцитов.

Проведенные исследования биоптатов печени в отдаленные сроки после ПСШ показали выраженную редукцию изменений печени, имевших место до операции во 2-й и в 3-й группе пациентов, что выражалось в отсутствии мостовидных и ступенчатых некрозов гепатоцитов. Капсула оставалась

утолщенной, однако участков кровоизлияний и лимфоцитарной инфильтрации под ней не определялось.

Выводы. Степень эффективности портосистемного шунтирования определяется объемной долей пораженных гепатоцитов, степенью их некробиотических изменений и некроза и соотношением морфологически неизмененных гепатоцитов к пораженным.

Структурными основами, определяющими хорошие результаты коррекции портальной гипертензии, являются следующие морфологические признаки: пролиферация желчных протоков, васкуляризация тонких прослоек соединительной ткани, а также выраженное доминирование массы неизмененных гепатоцитов. Группа больных с данным морфологическим статусом печени пережила 10-летний рубеж после ПСШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: оценка результатов оперативного лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. С 2009 г. в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Минздраве Кыргызстана находилось на лечении 82 пациента с альвеококкозом печени, из них с осложненными формами – 30 (36,5 %) пациентов. Эксплоративные лапаротомии и нерадикальные операции ранее были проведены 13 (15,8 %) пациентам. Женщин было 57 (69,5 %), мужчин – 25 (30,5 %), возраст больных варьировал в пределах от 6 до 57 года. Объем резекции определялся размером и локализацией образования, а также функциональным состоянием печени.

Результаты. Пациентам с альвеококкозом печени было выполнено 79 (96,3 %) резекций печени. Радикально прооперировано 67 (84,2 %) пациентов, объемы операций: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – у 29 (43,3 %) больных (у 1 больного сочеталась с адреналэктомией справа); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия у 7 (10,4 %) (у 1 больной она сочеталась с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру, у 2 больных с краевой резекцией нижней полой вены, у 1 пациента с тромбэктомией из воротной вены); резекция центральных сегментов печени у 2 (3,0 %) больных; левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) – у 5 (7,5 %); расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – у 6 (9,0 %); сегмент-, бисегментэктомии- и атипичные резекции печени выполнены у 18 (26,8 %) больных. Эксплора-

тивная лапаротомия произведена в 3 (3,7 %) случаях. Интраоперационная кровопотеря зависела от объема резекции печени. Средний объем кровопотери при ПГГЭ составил – 1600 мл, при ЛГГЭ – 1100 мл.

Паллиативные резекции печени выполнены 12 (14,2 %) больным: гемигепатэктомия – 2, расширенная гемигепатэктомия – 8, атипичная резекция – 2. Из них ранее оперированы – 4 больных. «Пластинка» альвеококкового узла на нижней полой вене оставлена у 8 больных в сочетании с воротной веной – у 1. Интраоперационной летальности не было. Окончательный гемостаз раневой поверхности печени осуществляли путем прецизионного ушивания кровотокающих сосудов, затем аппликацией гемостатической пластины.

Послеоперационные осложнения возникли у 18 (21,9 %) больных: печеная недостаточность возникла у 5 пациентов; реактивный плеврит у 6; желчеистечение возникло у 6 (что объясняется перенесенной расширенной гемигепатэктомией); нагноение послеоперационной раны наблюдали у 1 больного. Летальность составила 3,6 % (3 больных): от острого инфаркта миокарда – 1, от острого профузного желудочно-кишечного кровотечения – 1, от острой печеночной недостаточности – 1.

Заключение. Хирургический метод является единственным радикальным методом лечения альвеококкоза печени. Вопрос о резектабельности осложненных форм альвеококкоза печени должен решаться окончательно только интраоперационно. Паллиативные резекции при альвеококкозе печени продлевают жизнь больным, улучшают качество жизни.

ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Хайс С.Л., Назаров А.В., Никитин М.К.

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, Барнаул, Россия
КГБУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул, Россия

Главным способом, обеспечивающим профилактику массивной интраоперационной кровопотери, является анатомическая резекция, выполняемая, по возможности, воротным способом. Воротный способ резекции печени, осуществляемый путем изолированного, отдельного выделения и перевязки каждого из сосудисто-секреторных элементов воротной или иной анатомической доли печени, подлежащей удалению, прекращает афферентный кровоток в удаляемой части печени и, таким образом, уменьшает кровотечение во время последующей трансекции печени по четко обозначенной линии, соответствующей срединной портальной фиссуре. Вторым наиболее важным способом является временное прекращение афферентного кровотока в печени (пережатие гепатодуоденальной связки). Особое место в профилактике интраоперационной кровопотери занимает медикаментозный гемостаз – применение препарата транексамовой кислоты.

Цель исследования: провести анализ интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени у больных с метастазами колоректального рака в печень с применением транексамовой кислоты.

Материалы и методы. Выполнено 106 обширных резекций печени у больных с метастазами колоректального рака. Стандартные гемигепатэктомии выполнены у 42 (40 %) пациентов. Расширенные гемигепатэктомии у 23 (22 %) пациентов. При билобарном поражении печени на стороне большего поражения выполняли стандартную гемигепатэктомию, а на стороне меньшего поражения атипическую резекцию контрлатеральной доли – 33 (31 %) пациента. Расширенные гемигепатэктомии резекцией контрлатеральной доли выполнены у 8 (7 %) пациентов.

Транексамовую кислоту («Транексам») в инъекционной форме применяли у 10 пациентов за 40 мин, до начала выполнения паренхиматозного этапа резекции печени в дозе 1 г. Сравнение проводили с группой пациентов, где использовали гемостатическую терапию с целью профилактики интраоперационной кровопотери.

Сравнение основной и контрольной групп проводили по следующим параметрам: объем кровопотери во время паренхиматозного этапа, процент кровопотери от должного объема циркулирующей крови, уровень гемоглобина, гематокрит, количество эритроцитов до паренхиматозного и после паренхиматозного этапов, а также объем проведенной трансфузии компонентов крови во время операции.

Объем интраоперационной кровопотери оценивали методом вакуумной аспирации и гравиметри-

ческим методом. Процент кровопотери от должного ОЦК показатель расчетный. Другие показатели измеряли стандартными лабораторными методами.

Результаты. Объем кровопотери в группе пациентов без применения транексамовой кислоты составил – 1485 мл, в контрольной группе – 900 мл. Доля кровопотери от должного ОЦК в группе с транексамовой кислотой – 18,5 %, в группе сравнения – 29,7 %.

До операции уровень гемоглобина в основной группе составлял – 125 г/л, в группе сравнения – 127 г/л. После выполнения паренхиматозного этапа резекции печени гемоглобин в группе сравнения – 86 г/л, в основной – 107 г/л.

Гематокрит до выполнения паренхиматозного этапа резекции печени в контрольной группе – 36,8 %, в группе сравнения – 35,7 %. После выполнения в группе сравнения – 25,9 %, в основной – 30,1 %. Количество эритроцитов до выполнения паренхиматозного этапа в основной группе – $4,1 \times 10^{12}/л$, в группе сравнения – $3,95 \times 10^{12}/л$. После выполнения в основной группе – $3,4 \times 10^{12}/л$, в группе сравнения – $2,87 \times 10^{12}/л$.

При обширных резекциях печени объем трансфузии эритроцитарной массы у пациентов основной группы в среднем составил 29 мл, в группе сравнения – 89 мл, причем в основной группетрансфузию проводили лишь у одного больного.

Объем использованной свежезамороженной плазмы в основной группе – 420 мл (в 7 случаях), в группе без применения транексамовой кислоты – 985 мл. Трансфузионная нагрузка в основной группе была в 2,3 раза меньше чем в группе сравнения. Осложнений от применения препарата не наблюдали.

Выводы

1. Применение препарата транексамовой кислоты с профилактической целью интраоперационной кровопотери в дозе 1 г до начала выполнения паренхиматозного этапа резекции печени позволило снизить объем кровопотери в группах в 1,6 раза.
2. Снижение кровопотери в основной группе снизило трансфузионную нагрузку в группе сравнения в 2,3 раза.
3. При применении препарата транексамовой кислоты снижает риск возникновения гемотрансфузионных осложнений.
4. Применение транексамовой кислоты с профилактической целью интраоперационной кровопотери при выполнении паренхиматозного этапа резекции печени позволяет думать об эффективности этого препарата и продолжении исследования в этом направлении.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Харламова Т.Б.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Введение. Анатомическое расположение поджелудочной железы (ПЖ) создает диагностические проблемы при ее исследовании традиционными рентгенологическими, лапароскопическими и лабораторными методами. Широкое внедрение в клиническую практику новых технологий лучевых исследований расширило возможности ранней диагностики заболеваний ПЖ и их осложнений. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет объективно и полно оценивать ПЖ благодаря внутривенному контрастному усилению, получению трехмерного изображения и точным математическим расчетам. В клинике госпитальной хирургии АГМУ используют не только оперативные методы лечения ПЖ, но и запатентованный эндоваскулярный, оперативно-медикаментозный органно-ориентированный метод воздействия на паренхиму железы. Высокая информативность метода МСКТ в сочетании с такими его преимуществами как неинвазивность, простота техники проведения исследования, отсутствие противопоказаний и хорошая переносимость, позволяет широко применять МСКТ при первичном и динамическом обследовании больных.

Цель исследования: определить диагностические возможности МСКТ при динамической оценке состояния ПЖ в процессе лечения хронического панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты МСКТ ПЖ в динамике у 51 пациента с хроническим панкреатитом, подтвержденным клинико-лабораторными и инструментальными методами исследований. При проведении динамического МСКТ всем пациентам до начала лечения и после проводили МСКТ органов брюшной полости в нативном режиме и с болюсным внутривенным контрастированием. Результаты МСКТ оценивали в соответствии с Кембриджской классификацией патологических изменений в паренхиме поджелудочной железы (1983). Дополненный диагностический алгоритм, использованный во всех группах, подразумевал оценку

плотности паренхимы ПЖ, как показатель степени воспалительных изменений при рецидивирующем варианте течения и дегенерации при склерозирующем варианте течения. Оценивали как абсолютную, так и относительную рентгеновскую плотность.

Результаты. На основании анализа клинико-лучевых данных, в зависимости от МСКТ-картины, были выделены три группы пациентов, которым выполняли различные виды лечения. Первую группу составили 29 (56,8 %) пациентов, которым было проведено хирургическое вмешательство (корпоро-каудальная резекция, резекция головки ПЖ, дренирование). Вторую группу составили 14 (27,5 %) пациентов, пролеченных методом длительной регионарной инфузии гидрокортизона в ветви чревного ствола. Третью группу составили 8 (15,7 %) пациентов, пролеченных по стандартным методикам с применением ингибитора протонной помпы, ферментных и антисекреторных препаратов, спазмолитических и антибактериальных препаратов.

У больных первой группы после проведенного хирургического лечения в ранние и отсроченные сроки сохраняются мягкие изменения паренхимы культуры в виде неоднородности структуры, нечеткости контуров, умеренного увеличения размеров, сохраняется низкая абсолютная и относительная плотность. Во второй группе больных отмечена положительная динамика: через 14 дней в виде уменьшения размеров ПЖ, восстановление четкости контуров, повышение абсолютной и относительной плотности паренхимы, регресс очаговых изменений плотности паренхимы. Стандартная консервативная терапия, применяемая у пациентов третьей группы, не обеспечивает контроля воспаления, ведет к прогрессированию заболевания и развитию осложненного течения.

Выводы. Первичная и динамическая МСКТ оценка тяжести структурных изменений паренхимы ПЖ позволяет контролировать состояние паренхимы ПЖ у больных с ХП.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хлебникова Ю.А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Интерес к проблеме лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений связан с высоким

ростом заболеваемости данной патологией. Интраоперационные повреждения внепеченочных

желчных протоков (ВЖП) при выполнении холецистэктомии встречаются как при традиционных (ТХЭ) операциях, так и при использовании лапароскопической (ЛХЭ) техники и возникают в 0,3–2 % случаев. Благоприятный исход последующих реконструктивных и восстановительных операций зависит от сроков диагностики травмы, квалификации хирурга, уровня повреждения и характера травмы.

В клинике на базе «Городской клинической больницы № 3» за 30 лет выполнено 6013 операций по поводу ЖКБ и ее осложнений. Повреждение ВЖП среди оперированных в клинике отмечены у 38 (0,63 %) больных, из них при ТХЭ – у 26 (68,4 %) человек, при ЛХЭ – у 12 (31,6 %).

Основными факторами, приводящими к травме протоков при любом способе операций были склеротические и воспалительно-инфильтративные изменения желчного пузыря, гепатодуоденальной связки (ГДС), а также прилежащих органов. Наличие хронического описторхоза (у 25 % оперированных) усугубляет выраженность рубцово-склеротических изменений в подпеченочном пространстве, склеротически-гиперпластических процессов желчных протоков.

Повреждения протоков обнаружены в момент вмешательства у 25 (65,7 %) из 38 больных. Наличие травмы устанавливали по желчеистечению и визуальной оценке состояния желчных протоков. Основными методами интраоперационной диагностики травмы считаем холангиографию и холедохоскопию. У 13 (34,2 %) больных клиническими проявлениями травмы протоков в раннем послеоперационном периоде были желчеистечение по наружным желчным дренажам (3) или подпеченочному дренажу

(1), развитие ограниченного (1) или разлитого (3) перитонита, механической желтухи (5), сочетание желтухи и желчеистечения по дренажам (2). При коррекции травмы желчных протоков сразу во время ХЭ и в раннем послеоперационном периоде восстановительные операции выполнены 19 (50 %) пациентам, реконструктивные – 8 (21,0 %), наружное дренирование – 11 (29,0 %). При восстановительных операциях обязательно выполняли дополнительно наружное дренирование желчных протоков чаще по Керру, реже – по Вишневскому.

Реконструктивные операции при «свежих» травмах выполнены 8 больным, из них в раннем послеоперационном периоде – 2: гепатикодуоденальный анастомоз на стентах (2), гепатикоюноанастомоз на сменных транспеченочных дренажах (6). Наружное дренирование желчных протоков выполняли при тяжелом состоянии больных на фоне перитонита, гнойного холангита. Выполнение реконструктивных операций у таких больных считаем целесообразным через 2–3 месяца.

После операции дренажи ежедневно санировали до полной ликвидации явлений холангита, у больных с описторхозной инвазией раствором йодиола. При высоких повреждениях общего печеночного протока обязательно выполнение чреспеченочного дренирования по Сейполу-Куриану двумя дренажами с их удалением в сроки не ранее 1,5–2 лет, особенно при наличии описторхозной инвазии.

В основе травм протоков лежат технические и тактические ошибки в «нестандартных ситуациях». Выбор адекватной хирургической тактики способствует улучшению результатов лечения больных с повреждением ВЖП.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АНТЕГРАДНОЙ ХОЛЕДОХОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В.

БУХМАО ЮГРЫ Няганская окружная больница, Нягань, Россия

Введение. К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ.

Целью исследования стала разработка и внедрение нового способа папиллотомии путем антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера.

Материалы и методы. В работе использовали лазерную установку «Cogeant» (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических ком-

плекса «Stryker» (США) и «Karl Storz» (Германия), фиброхоледохоскоп «Karl Storz» (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводят фиброхоледохоскоп. Проводят ревизию холедоха. При наличии стеноза, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводят гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя излучение YAG:Ho лазера, производят рассечение большого дуоденального сосочка. Процедуру выполняют в избранном режиме. После проведения папиллотомии холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа,

при необходимости, устанавливается дренаж в просвет холедоха.

Результаты и обсуждение. С 2010 г. описанным выше способом (заявка на изобретение № 2010145593 от 09.11.2010), было прооперировано 12 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выполняли контрольную дуоденоскопию. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при

наличии холецистохоледохолитиаза, одновременно выполнять холецистэктомию и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Заключение. Данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В.

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Ханты-Мансийск, Россия
БУ ХМАО ЮГРЫ Няганская окружная больница, Нягань, Россия*

Введение. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. Выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию с различными видами литотрипсии и извлечения конкрементов холедоха и лапароскопическая холецистэктомия.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии.

Материалы и методы. С сентября 2003 г. описанным выше способом (патент РФ № 2334486), прооперировано 62 больных холецистохоледохолитиазом. Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря клипируют и пересекают пузырную артерию. Также клипируют дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в холедох заводят фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток выполняют холедохотомию. Под визуальным контролем по рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводят гибкий лазерный световод. С применением YAG-Но лазера выполняют контактную литотрипсию. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости.

При образовании крупных фрагментов процедуру литотрипсии повторяют. Процесс литотрипсии осуществляют под визуальным контролем в режиме реального времени. При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или

холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипируют, а холедохотомическое отверстие ушивают. Желчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком.

Результаты и обсуждение. В эксперименте изучено воздействие лазера на конкременты различного состава, извлеченные из желчных пузырей прооперированных больных. Разработаны оптимальные режимы работы лазера при дроблении камней того или иного состава. Все конкременты были раздроблены. При этом эффективная энергия варьировала в пределах 0,5–1,0 Дж, с частотой импульса – 5–10 Гц.

Во всех случаях отмечали механическую желтуху. Конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха у 30 (48,4 %) больных, свободно размещались в просвете холедоха – в 30 (48,4 %) случаях. Для фиксации подвижных конкрементов и их фрагментов при проведении прицельной литотрипсии использовали устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). Деструктивные формы холецистита имели место в 44 (71,0 %) случаях. Гнойный холангит отмечали в 23 (37,1 %) случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия.

У 2 (3,2 %) больных операция закончилась лапаротомией, в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отека головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. Все больные выписаны с выздоровлением.

Заключення. Применение указанного метода позволяет одномоментно выполнить холецистэктомию и лазерную контактную холедохолитотрипсию, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации, провести

операцию без введения дополнительных троакаров, осуществить процесс литотрипсии под визуальным контролем в режиме реального времени и др.

Интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП

Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В.

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, Ханты-Мансийск, Россия
БУ ХМАО ЮГРЫ Няганская окружная больница, Нягань, Россия*

Введение. Уменьшение страданий больного является одной из важнейших задач хирурга. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап. До 2000 г. лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) выполняли посредством установки троакаров в четырех стандартных точках. С 2000 г. начали выполнять данную операцию с использованием трех доступов. Троакары устанавливали над пупком, субксифоидально и в правом подреберье. С 2003 г. троакар для тракции желчного пузыря дополнительно устанавливали в параумбиликальный доступ. В настоящее время техника выполнения ЛХЭ все продолжает совершенствоваться.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью путем разработки и внедрения в практику способа ЛХЭ через один доступ.

Материалы и методы. В апреле 2005 г. в Няганской окружной больнице впервые ЛХЭ была выполнена из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субксифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Считаю целесообразным выполнять дугообразный кожный разрез сразу над пупком. После обнажения апоневроза в рану устанавливают три троакара. Зажим для тракции желчного пузыря стали вводить без троакара. При этом газотока не отмечали, и сохранялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. По заявке № 2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006 г. и был получен патент РФ на изобретение № 2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии».

С 2005 г. описанным способом выполнено 177 лапароскопических холецистэктоми из одного доступа. В исследуемой группе 148 (83,6 %) женщины и 29 (16,4 %) мужчин. В плановом порядке оперировано 137 (77,4 %) пациентов, с острыми формами холедохолитиаза – 40 (22,6 %) больных. Среди

острых форм холедохолитиаза катаральный встретился у 22 (55,0 %) флегмонозный – у 13 (32,5 %) и гангренозный – у 5 (12,5 %) больных.

Возраст большинства прооперированных больных был в пределах от 30 до 50 лет. Среди оперированных было 74 (41,8 %) больных с ожирением II степени и выше. У всех больных операцию заканчивали без установки дренажа в брюшную полость.

Результаты и обсуждение. На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст больных и массу тела. С приобретением опыта и технических навыков показания расширяли. С 2008 г., используя описанный способ, операции выполняли также больным с острыми формами холедохолитиаза и высокой степенью ожирения.

Большинство операций выполнено в интервале времени от 30 до 60 минут.

В послеоперационном периоде почти всех больных активизировали в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве больные отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции.

У 9 больных на вторые сутки после операции отмечали скопление небольшого количества серозно-геморрагической жидкости в подкожной клетчатке в области раны без признаков нагноения. Жидкость была эвакуирована на первой перевязке и раны зажили первичным натяжением.

Все больные выписаны с выздоровлением.

Время наблюдения за больными составило более шести лет. Каких-либо осложнений, связанных с проведением операции через один доступ, не было выявлено.

Выводы. Выполнение лапароскопической холецистэктомии через единый доступ приводит к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных. Очевиден косметический эффект. Считаю способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

**НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА
У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОСНОВЕ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
ГЕПАТОЦИТОВ**

Шахбазян О.Г.

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
Смоленск, Россия*

Введение. Для предупреждения осложнений в послеоперационном периоде у больных с механической желтухой онкологического генеза, а также улучшения результатов лечения, необходимо оперативное лечение выполнять в два этапа, с предварительной декомпрессией билиарного тракта.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза путем оптимизации сроков декомпрессии билиарного тракта. Основываясь на ультраструктурные изменения в гепатоцитах, планируется выявить тот уровень билирубинемии, при котором, сокращая сроки между этапами хирургического лечения и второй этап можно выполнять без риска развития острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу работы положен метанализ 180 электроннограмм печени 9 больных в разные периоды снижения билирубинемии с целью обоснованного сокращения сроков декомпрессии, а в некоторых случаях выполнения операций и без предварительной декомпрессии желчных путей.

На основании данных результатов электронно-микроскопических исследований печени было установлено наличие прямой корреляции между ультраструктурными изменениями в гепатоцитах и уровнем билирубинемии. По мере снижения билирубинемии и ее нормализации улучшаются восстановительные процессы в гепатоцитах. Однако этот период восстановления достаточно продолжительный, составляет 3–5 недель.

Результаты. При электронной микроскопии биоптатов печени, полученных на высоте желтухи (> 200 мкмоль/л), выявлены признаки деструкции гепатоцитов. При изучении ультраструктуры печени после декомпрессии билиарного тракта при снижении билирубинемии ниже 100 мкмоль/л

(34,4–64,3) выявляют прогрессирующие признаки нормализации ультраструктуры гепатоцитов.

Таким образом, результаты электронно-микроскопических исследований свидетельствуют об отставании сроков нормализации ультраструктуры гепатоцитов от сроков нормализации показателей билирубина. Наименьший период отставания 10–12 дней. Безусловно, можно предположить, что в последующие дни периода декомпрессии желчных протоков ультраструктура гепатоцитов была бы в более хорошем состоянии. Однако, принимая во внимание основное заболевание – рак, больных следует оперировать в более ранние сроки.

На основе анализа данных электронно-микроскопических исследований биоптатов печени и клинические данные, был сделан вывод, что снижение билирубинемии до уровня ниже 100 мкмоль/л создает благоприятные условия для выполнения второго этапа операции без повышения риска развития острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Морфологические изменения в гепатоцитах (восстановление митохондрий и других клеточных органелл) позволяют печени «устоять» при оперативном вмешательстве. Опыт показывает, что у больных с уровнем билирубина более 200 мкмоль/л, которым была выполнена операция после снижения билирубинемии путем декомпрессии до уровня ниже 100 мкмоль/л, в послеоперационном периоде явлений острой печеночной недостаточности не наблюдали.

Выводы. Декомпрессия желчных протоков способствует нормализации морфофункционального состояния печени. Это позволяет сократить период между первым и вторым этапами операции на 12–14 дней без риска развития острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

**ПОЧЕЧНАЯ ФЛЕБОГИПЕРТЕНЗИЯ ПОСЛЕ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Юлдашев Р.З.

*Кафедра факультетской детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского Института, Ташкент,
Узбекистан*

Длительное наблюдение за детьми, перенесшими спленоренальное шунтирование (СРШ) по поводу внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) дали основание полагать о риске развития почечной флебогипертензии.

Целью исследования явилось изучение особенностей почечной гемодинамики в зависимости от

типа спленоренального анастомоза при внепеченочной портальной гипертензии у детей.

Материалы и методы. Обследован 81 ребенок, перенесший СРШ по поводу ВПГ. Больных с проксимальным спленоренальным анастомозом (ПСРА) было 53 (65,4 %), СРА по типу «бок в бок» выполнен 18 (22,2 %) больным и дистальный СРА

(ДСРА) – 10 (12,4 %). Выбор типа шунта зависел от уровня портального давления: при давлении 400 мм вод. ст. и выше накладывали центральный СРА, при 350–400 мм вод. ст. накладывали СРА «бок в бок» и ниже 350 мм вод. ст. – ДСРА. Исследование гемодинамики проводили на аппарате «SonoScape» SSI 5000 (Китай) мультислотными датчиками 3,5–7,5 МГц.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде (6 месяцев) после ПСРА на боли в поясничной области жаловались 20 (38 %) больных, на макро- и микрогематурию – 4 (7,5 %). У больных с ДСРА и СРА «бок в бок» эти явления были менее выражены. Ультразвуковые признаки затрудненного венозного оттока по левой почечной вене имели место у 9 (17 %) больных с ПСРА, у 2 (11,1 %) больных с СРА «бок в бок». Отмечена отечность почечной паренхимы и четкая визуализация пирамид слева. У больных с ДСРА, признаков затрудненного венозного оттока не обнаружено.

В отдаленные сроки после центрального спленоренального шунтирования (3 года) PI и RI левой

почечной артерии оставались на высоких цифрах ($1,63 \pm 0,25$ и $0,8 \pm 0,21$, $p < 0,05$ соответственно). Диаметр почечной вены увеличивался от 10 до 30 %. Дуплексное сканирование венозного кровотока по левой почечной вене (ЛПВ) у ворот почки показало замедление скоростных показателей в группах с ПСРА и СРА «бок в бок», тогда как скорость кровотока в ренокавальной зоне была 1,5 раза выше ($p < 0,05$). У больных с ДСРА эти показатели не имели достоверных отличий от нормы. Указанные характеристики ренальной флегмогипертензии преобладали у больных, которым СРА накладывался вблизи ворот почки до слияния тестикулярной и супраренальной вен.

Выводы. ПСРА и СРА «бок в бок» отрицательно влияет на гемодинамику левой почки, обуславливая развитие ренальной флегмогипертензии. Очевидно, гидродинамическое блокирование почечной вены связано не только со сбросом крови из системы высокого давления в низкую, но и с уровнем наложения СРА с учетом коллатерального перетока крови через супраренальную и тестикулярную вены.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ярош А.Л., Солошенко А.В., Битенская Е.П.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Эндобилиарное транспапиллярное стентирование желчных протоков (ЭТСЖП) в качестве основного метода восстановления оттока желчи при осложненных формах желчнокаменной болезни (ОЖКБ) у больных пожилого и старческого возраста (БПСВ) стало приобретать в последние годы все большее значение.

Целью исследования явилась оценка эффективности ЭТСЖП при осложненных формах желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста с использованием оригинальных стентов с наноразмерным углеродным покрытием.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 37 больных БПСВ с ОЖКБ, основным и окончательным методом декомпрессии у которых явилось ЭТСЖП. По нозологиям больные распределились следующим образом: холедохолитиаз – 15 (40,5 %), синдром Мириizzi – 6 (16,2 %), холангит – 5 (13,5 %), постхолецистэктомический синдром – 4 (10,8 %), папиллярный дивертикул – 3 (8,1 %), острый билиарный панкреатит – 1 (2,7 %). Мужчин было 11 (29,7 %), женщин – 26 (70,3 %), средний возраст составил $71,6 \pm 4,9$ года.

Результаты. У 22 больных при ЭТСЖП использовали разработанный в ходе проведения исследования эндобилиарный стент с наноразмерным алмазо-

подобным углеродным покрытием («Устройство для длительного внутреннего дренирования желчных протоков», Патент РФ № 84226). Положительный эффект от воздействия данного изобретения достигается за счет использования комплекса свойств биоинертного углеродного покрытия, а именно: химическая инертность, гидрофобность, возможность достижения сплошности покрытия при толщинах порядка десятка-сотен нм и проч. Экспериментальные данные показали, что при длительной (более трех месяцев) инкубации описываемых стентов с желчью *in vitro* при температуре $36,6$ °C были отмечены минимальные признаки инкрустации и «отложения» желчных кристаллов на их поверхности в сравнении с традиционными стентами.

Оценка клинической эффективности разработанных стентов показала, что средний срок их функционирования составил $145,5 \pm 32,4$ суток (максимально – 386 суток), тогда как в группе сравнения (традиционные пластиковые стенты) эти показатели были $105,3 \pm 32,4$ и 127 суток ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение. Разработанный оригинальный стент с наноразмерным углеродным покрытием позволяет повысить эффективность ЭТСЖП у больных пожилого и старческого возраста.

ОЦЕНКА РОЛИ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Яшнов А.А., Ханина Ю.С.

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
Миндравсоцразвития России, Чита, Россия

В последние годы ведутся многочисленные исследования по поиску дополнительных органов мишеней к *Helicobacter pylori* (НР). Современные методы диагностики геликобактериоза строятся на выявлении фермента адаптации (уреазы) микро-организма.

Цель исследования. Оценить роль *Helicobacter pylori* при желчнокаменной болезни: 1. определить наличие НР в слизистой и серозной оболочках желчного пузыря при желчнокаменной болезни; 2. интраоперационно исследовать брюшину и поверхность печени на наличие НР; 3. установить сроки сохранения реакции на уреазу в интраоперационном материале у *Helicobacter pylori* у «положительных» пациентов.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 57 пациентов в возрасте от 40 до 57 лет, страдающих желчнокаменной болезнью. Исследование на наличие НР проводили гистологическим, цитологическим методами, методом культивирования на специальных питательных средах, а также уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ.

Результаты. При исследовании слизистой желудка гистологическим методом НР выявлена у 33 (58 %) пациентов. При исследовании слизистой желудка цитологическим методом положительная реакция на НР установлена у 9 (16 %) пациентов. При исследовании интраоперационного материала (слизистой желчного пузыря) тестом ХЕЛПИЛ установлено, что у 33 (58 %) пациентов наблюдается положительная реакция на НР, слабоположительная – у 14 (25 %), отрицательная – у 10 (17 %). Необходимо отметить, что все отрицательные реакции на НР при исследовании желчного пузыря были связаны с наличием холестероза слизистой желчного пузыря. Дополнительно было проведено исследование

серозной оболочки желчного пузыря, установлено, что резко положительная реакция на наличие НР наблюдается у всех 57 (100 %) пациентов.

Исследование брюшины на наличие НР проводили при помощи взятия мазков стерильными тупферами. Мазки брали с области малого таза и с области эпигастрия. Установлено, что реакция была положительной у 40 (70 %) пациентов, слабоположительной – у 17 (30 %) пациентов. Серозный выпот имел место у 2 (4 %) пациентов. В результате исследования выпота в обоих случаях установлена резко положительная реакция.

Также мазки брали с нижней поверхности печени в области левой доли до удаления желчного пузыря, чтобы исключить попадания желчи или крови в мазок. Положительную реакцию наблюдали у 40 (70 %) пациентов, слабоположительную – у 17 (30 %) пациентов.

Исследование интраоперационного материала на время сохранения реакции на уреазу проводили при двух условиях: при комнатной температуре (24 °С) и при t = 5 °С. Реакцию на уреазу проверяли через каждые 2 часа. Установлено, что на слизистой желчного пузыря реакция на уреазу сохраняется при t = 24 °С до 9 часов, а при t = 5 °С до 5 часов. Реакция на уреазу на серозной оболочке сохраняется при t = 5 °С до 3 суток, при t = 24 °С – до 2 суток.

Выводы.

1. При развитии желчнокаменной болезни имеет место обсеменение желчного пузыря НР.

2. У больных с холелитиазом имеет место наличие на брюшине и нижней поверхности печени НР. При наличии выпота в брюшной полости отмечается резко положительная реакция на уреазу.

3. Сохранение положительной реакции на уреазу на слизистой оболочке желчного пузыря составляет до 9 ч., на серозной оболочке – до 3 суток.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАНСЛЯЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В ИРКУТСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ**

Апарцин К.А., Григорьев Е.Г.

*Иркутский научный центр СО РАН, отдел медико-биологических исследований и технологий, Иркутск, Россия
ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия*

Трансляционная медицина в широком смысле – методология переноса результатов фундаментальных исследований в клиническую практику. Трансляционные исследования являются междисциплинарными и в первой своей фазе направлены на перенос результатов доклинических исследований и разработки методов диагностики и лечения в рамки клинических испытаний. Значимым разделом трансляционных исследований является оценка эффективности и безопасности новых методов лечения с позиций доказательной медицины.

Такие возможности открываются в Иркутском научном центре СО РАН в связи с недавним созданием отдела медико-биологических исследований и технологий, в задачи которого входят трансляция результатов фундаментальных исследований, проводимых в институтах СО РАН, в клиническую практику. При этом базой для клинических трансляционных исследований является больница Иркутского научного центра, а также коечный фонд научно-исследовательских учреждений СО РАМН,

прежде всего, научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии.

В рамках сателлитного симпозиума применительно к проблемам гепатологии рассматриваются новые методы диагностики (Судаков Н.П. и соавт., Сухов Б.Г., Трофимов Б.А., Шурыгина И.А. и соавт.), фармакотерапии (Костыро Я.А. и соавт.), клеточной терапии (Боровский Г.Б. и соавт., Лепехова С.А.). Представленные публикации и доклады демонстрируют технологии в разной степени готовности к клиническому внедрению, однако все они в полной мере соответствуют принципам трансляционной медицины – перенос теоретических разработок в практику.

Трансляционные исследования должны сократить дистанцию между фундаментальными и клиническими дисциплинами, и в этом отношении запланированный сателлитный симпозиум «Трансляционная медицина в гепатологии» может явиться очередным шагом в сближении, результатом которого окажется улучшение результатов диагностики и лечения разнообразной патологии печени.

**ЗАЩИТНЫЙ ЭФФЕКТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЯДЕР КЛЕТОК НЕОНАТАЛЬНОЙ ПЕЧЕНИ
НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

**Боровский Г.Б.¹, Пивоваров Ю.И., Курильская Т.Е., Сергеева А.С., Бабушкина И.В.,
Богородская С.Л., Бадуев Б.К.¹, Войников В.К.¹**

*ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
¹ ФГБУН «Сибирский институт физиологии и биохимии растений» СО РАН, Иркутск, Россия*

Выявление структурных компонентов клеточных трансплантатов, определяющих восстановительные функции и структуры поврежденной ткани, представляется одним из ключевых моментов для понимания механизмов регресса патологического процесса при использовании клеточной терапии. Известны данные о том, что пересаженные клетки могут активировать собственные эндогенные механизмы регуляции восстановительных процессов в поврежденном органе за счет наличия в трансплантате регуляторных компонентов. Кроме того, трансплантируемые клетки, в частности изолированные гепатоциты, при патологиях печени не столько увеличивают клеточную массу печени, сколько активизируют функции оставшихся гепатоцитов реципиента путем выработки регулятор-

ных пептидов, среди которых ведущая роль принадлежит факторам роста. В экспериментальных исследованиях показана возможность изменения цитокинового профиля и состояния реципиента при патологии печени путем экзогенного введения ростовых факторов. Высокий эффект использования для лечения болезней печени ферментных микросомальных систем гепатоцитов, а также цитозоля печени, содержащего митохондриальную и микросомальную фракции, отмечен в ряде публикаций. Однако саногенетическая роль отдельных клеточных компонентов трансплантата еще недостаточно изучена. В связи с этим представляется важным определение как природы наиболее эффективных компонентов клеток, так и исследование их влияния на поврежденный орган.

Настоящим исследованием было предусмотрено: провести сравнение результатов терапевтического воздействия ксеногенных клеток неонатальной печени и их структурных компонентов (ядер и митохондрий) на течение экспериментального токсического гепатита (CCl₄).

Как показал анализ ответных реакций животных на введение названных компонентов в условиях развития токсического гепатита, трансплантация ядер клеток неонатальной печени приводила к большей сохранности и адекватности реакций ферментативных систем печени, обеспечивающих процессы трансаминирования и гликолиза, чем при трансплантации неонатальных клеток печени или их митохондрий. При этом отмечались меньший уровень перекисидации и поражения гепатоцитов дистрофическим и некротическим процессом к концу эксперимента. В печени животных с трансплантацией ядер отмечалось более раннее и высокое содержание стресс-белков, как цитоплазматических (БТШ70, БТШ72), так митохондриальных форм (БТШ60), чем при трансплантации клеток и митохондрий, что свидетельствовало о большей сохранности у этих животных внутриклеточных механизмов защиты. Кроме того, из полученных нами данных выяснилось, что у животных с ядерной трансплантацией определялся наиболее высокий индекс репарации ДНК, что указывало на наличие у них более активного процесса восстановления пораженной паренхимы печени, чем в других экспериментальных группах. Причем эти явления

сопрягались с процессами торможения апоптоза в поврежденном органе.

Такой более выраженный (по сравнению с трансплантацией митохондрий или целых клеток) защитный эффект ядерных компонентов мог быть обусловлен, по-видимому, пролонгированной индукцией программы самообновления клеток и внутриклеточных механизмов адаптации реципиента, связанной, в том числе, с более сбалансированной и адекватной продукцией проапоптотических белков и белков-модуляторов пролиферативного процесса, а также цитоплазматических и митохондриальных фракций стресс-белков, обеспечивающих защиту внутриклеточных белков от повреждения. По-видимому, трансплантация ядер неонатальных клеток печени оказывала непосредственное влияние на экспрессию генов, ответственных за выработку регуляторных пептидов, обеспечивающих большую сохранность клеток органа-мишени от повреждения при действии на него патогенных факторов.

Таким образом, на основании представленных экспериментальных данных можно рекомендовать ядерную фракцию неонатальных клеток печени для ориентированного исследования с целью дальнейшего уточнения положительно действующего фактора (факторов), а после его завершения, для доклинических и клинических исследований как препарат для профилактики/лечения патологии печени.

Работа выполнена частично при поддержке Программы фундаментальных исследований Президиума РАН «Фундаментальные науки – медицине».

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОЛЕЙ СУЛЬФАТИРОВАННОГО АРАБИНОГАЛАКТАНА

Костыро Я.А., Станкевич В.К., Трофимов Б.А.

*ФГБУН «Иркутский институт химии им. А.Е. Фаворского СО РАН», Иркутск, Россия
ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия*

В Иркутском институте химии им. А.Е. Фаворского СО РАН впервые методом направленного синтеза с целью создания новых представителей класса полусинтетических гепариноидов разработаны оригинальные фармакологически активные субстанции, представляющие собой соли сульфатированного арабиногалактана.

Калиевая соль – субстанция Агсулар® обладает гиполипидемической и антикоагулянтной активностью. На ее основе разработана лекарственная форма для перорального применения – препарат Агсулар®, на сегодняшний день прошедший полный комплекс доклинических исследований, показавших его безопасность и эффективность на уровне мировых образцов: «Агсулар®» не уступает препарату «Вессел Дуэ Ф®» (сулодексид, Alfa-Wassermann S.p.A., Italy: капсулы 250 ЛЕ) по антикоагулянтной и антитромботической активности и препарату «Зокор®» (симвастатин, «Merck Sharp & Dohme», Нидерланды:

таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг») по гиполипидемическому и антиатеросклеротическому действию. Особенности структуры калиевой соли сульфатированного арабиногалактана являются принципиально важными для осуществления рецептор-опосредованного эндоцитоза нового гиполипидемического препарата Агсулар® клетками организма. Прежде всего, клетками печени, наиболее богатыми асиалогликопротеиновыми рецепторами, где он может регулировать синтез факторов свертывания крови, а также синтез и метаболизм холестерина, желчных кислот и триглицеридов.

Цинковая соль сульфатированного арабиногалактана в предварительных экспериментах показала антимикробное, ранозаживляющее и гипогликемическое действие. Разработанные на ее основе лекарственные формы для лечения терапевтической и хирургической патологии являются перспективными для дальнейших исследований.

С целью коррекции различных заболеваний поджелудочной железы в настоящее время планируется исследование фармакологической активности медной соли сульфатированного арабиногалактана.

Таким образом, разработанные фармакологически активные субстанции, представляющие собой солевые формы сульфатированного арабиногалактана, являются перспективными объектами для

дальнейшего изучения, разработки на их основе лекарственных форм и внедрения в медицинскую практику. Это позволит расширить ассортимент лекарственных препаратов для лечения таких социально значимых заболеваний, как атеросклероз, предтромботические состояния, нарушения свертывающей системы крови, сахарный диабет II типа, метаболический синдром, панкреатит, холецистит и т.д.

ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КСЕНОТРАСПЛАНТАЦИЕЙ КЛЕТОК

Лепехова С.А., Апарцин К.А., Гольдберг О.А.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
Иркутский научный центр СО РАН, отдел медико-биологических исследований и технологий, Иркутск, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

Целью нашего исследования было определение закономерности развития и саногенетических механизмов острой печеночной недостаточности под влиянием ксенотрансплантации культуры клеток печени и селезенки как продуцента фактора роста гепатоцитов.

Материалы и методы. На первом этапе исследований нами была разработана технология получения клеточного материала для ксенотрансплантации.

Добивались получения не изолированных гепатоцитов, а микрофрагментов, содержащих ассоциации до 10 гепатоцитов и непаренхиматозных клеток. Согласно исходной гипотезе, полученные клетки вырабатывают гепатотропные факторы, ведущая роль среди которых принадлежит фактору роста гепатоцитов (HGF), продуцируемого клетками Купфера и Ито, по этой причине мы посчитали важным сохранять клеточную кооперацию.

Предложенный способ позволил получать клетки эмбриональной печени с жизнеспособностью 90,3 % (88,5–96,3) – более высокой, чем при использовании известных методов: 40,9 % (38,6–43,4) и 64,9 % (60,1–69,7) ($p_U < 0,00001$), и существенно увеличил выход количества клеток – с 7 (6,4–7,3) до 10,4 (9,8–10,6) с 1 г ткани. Клеточный состав был представлен эмбриональными гепатоцитами полигональной формы с четко просматриваемыми ядрами без повреждений, макрофагами и гемопоэтическими клетками. Выделенные клетки большей частью располагались группами по 2–4. Степень жизнеспособности клеток после выделения и очистки составила 98,8 % (98,3–99,3).

Результаты. Максимальный уровень пролиферативной активности клеток печени был выявлен на 5-е сутки культивирования.

Выявлено достоверное увеличение количества регуляторного пептида на 5-е сутки до 46,8 (38,4–50,0) нг/мл против 14,3 (13–15,6) нг/мл на 2-е сут. ($p_W = 0,003$). Установлена положительная кор-

реляция уровня HGF и показателя митотического индекса, характеризующего пролиферативную активность культивируемых клеток: $tb = 1,0, p = 0,042$.

В дальнейшем была разработана технология получения, культивирования и криоконсервирования неонатальных клеток селезенки.

Разработанная технология позволяет получать культуру клеток селезенки, состоящую преимущественно из лимфоцитов, с содержанием 4,6 (4,1–4,8) $\times 10^7$ клеток в 1 мл взвеси и удельным весом жизнеспособных клеток 99,3 (98,9–99,4) %, продуцирующую фактор роста гепатоцитов с максимальными значениями на 5-е сут., когда концентрация в среде культивирования увеличивалась в 255 раз.

Следующим этапом в нашей работе стало изучение саногенетических эффектов на моделях острой печеночной недостаточности различного генеза, корригированной ксенотрансплантацией клеток, полученных по разработанной технологии, работа проведена нами в трех сериях экспериментов с использованием крыс линии Wistar.

В первой серии исследований использовали известную летальную модель острого токсического повреждения печени четыреххлористым углеродом.

Выявленной закономерностью явилось снижение уровня летальности под влиянием ксенотрансплантации культуры клеток печени с 3-х сут., статистически значимое с 4-х сут. эксперимента. При этом в группах контроля этот показатель приближался к 100 %, а в основной группе составил 36,7 %.

Нами показано, что при ксенотрансплантации культуры клеток печени на 2-е и 4-е сут концентрация HGF в сыворотке многократно возрастает, останавливается процесс некроза ГЦ и наблюдается разрешение токсического внутривисцерального холестаза, активизируется белково-синтетическая функция печени, стимулируется пролиферация ГЦ и замещение новыми, активно функционирующими некротизированных и апоптотизированных клеток, что способствует восстановлению архитектоники

балочных структур. К 6-м сут. структура печени содержит минимальные признаки острого токсического повреждения.

Представленные данные послужили основанием для создания концептуальной схемы саногенеза острой печеночной недостаточности токсического генеза при ксенотрансплантации культуры клеток печени, продуцирующей HGF. Сущность концепции заключается в том, что ведущим саногенетическим звеном является HGF, вырабатываемый трансплантированными клетками, который непосредственно участвует в инактивации CCl_4 , чем защищает клетки от внешнего повреждения, а также способствует внутриклеточной регенерации и активации функции печени. Кроме того, он является мощным митогеном для гепатоцитов, что способствует восстановлению структуры печени. Таким образом, трансплантация культуры клеток печени позволяет создать в подкожной клетчатке уникальную фабрику, вырабатывающую HGF и временно замещающую функцию поврежденных клеток печени реципиента.

Во второй серии исследований использовали известную модель, где причиной развития острой печеночной недостаточности является одномоментная потеря большей части органа.

Выявленной закономерностью стало улучшение выживаемости животных, корригированной ксенотрансплантацией клеток печени, независимо от способа подготовки клеточного материала, а также при введении экзогенного HGF. При оценке синтетической функции печени выявлено снижение уровня сывороточной ХЭ и альбумина на 2-е сут. во всех группах. Введение экзогенного HGF поддерживало на нормальном уровне показатели белково-синтетической функции печени в ранние послеоперационные сроки. В дальнейшем эффект исчезал, тогда как ксенотрансплантация клеток печени сопровождалась восстановлением белково-синтетической функции печени с отсроченным максимальным эффектом на 5-е и 11-е сут.

Ведущим звеном здесь является протективная функция перенесенных клеток печени и следующим

– действие HGF, вырабатываемого перенесенными клетками. Однако следует отметить, что в группе с введением неонатальных гепатоцитов, где HGF вырабатывается меньше всего, результаты сопоставимы с таковыми в группе трансплантацией культуры клеток печени, а при 90 % резекции имеют тенденцию к снижению летальности. Таким образом, трансплантат временно замещает функцию поврежденных клеток печени реципиента и является продуцентом HGF.

Следующей моделью для исследования саногенетических механизмов острой печеночной недостаточности под влиянием трансплантации клеток явилась печеночная недостаточность на фоне индуцированного гипоспленизма (ВПП).

Выявленной закономерностью стало улучшение выживаемости животных с ВПП, корригированным подкожной ксенотрансплантацией клеток печени и селезенки, а также при введении экзогенного HGF.

Количество HGF возрастало в основной группе с ксенотрансплантацией культуры клеток селезенки в 30 раз. Пик концентрации HGF у животных основной группы нами был отмечен на 7-е сутки эксперимента – в 67 раз больше нормального значения и оставался многократно повышенным до 21-х сут. эксперимента.

Ведущим саногенетическим звеном ВПП является HGF, продуцируемый перенесенными клетками. На выбранной модели HGF способствует внутриклеточной регенерации и активации функции печени, кроме того, является мощным митогеном для ГЦ, что стимулирует восстановление структуры печени. Введенные в организм реципиента клетки достоверно улучшают состояние всех видов обмена, контролируемых печеночными клетками.

Выводы. В этой связи представляется целесообразным, комбинируя названные эффекты трансплантации органоспецифических клеточных культур, продолжить поиск путей частичной замены жизненно важных органов, утративших свою функцию.

МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ ПРИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Судаков Н.П., Клименков И.В., Гольдберг О.А., Никифоров С.Б., Пушкарев Б.Г., Лепехова С.А., Константинов Ю.М.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия

Лимнологический институт СО РАН, Иркутск, Россия

Сибирский институт физиологии и биохимии растений СО РАН, Иркутск, Россия

Цель исследования: изучить структурно-функциональные нарушения митохондрий клеток печени при экспериментальной дислиппротеидемии.

Материалы и методы. Дислиппротеидемию моделировали на кроликах породы «Шиншилла»

ежедневной атерогенной диетой в течении 135 суток. Степень липоидоза клеток печени и количество в них митохондрий с сохранным мембранным потенциалом оценивали на цитологических препаратах печени, окрашенных Nile red и Mitotracker orange

с помощью лазерного конфокального микроскопа LSM-710 (Carl Zeiss, Германия). Проводили гистохимический анализ активности сукцинатдегидрогеназы и уровня гликогена клеток печени. Изменения ультраструктуры митохондрий клеток печени анализировали на электронном трансмиссионном микроскопе LEO 906E (Германия).

Результаты. На 135 сутки экспериментальной дислипидемии в клетках печени наблюдалось 10-кратное возрастание объема липидных включений. При этом в ткани печени отмечали снижение активности сукцинатдегидрогеназы (в 2 раза) и истощение запасов гликогена, что свидетельствует о снижении активности аэробного дыхания в митохондриях. Выявлено 2-кратное уменьшение количества митохондрий с сохраненным мембранным потенциалом, в сравнении с контролем, что может быть следствием, как снижения их дыхательной активности, так и разобщением процессов окисле-

ния и фосфорилирования под воздействием токсичных компонентов регистрируемых липидных включений клеток. На ультраструктурном уровне, митохондрии клеток печени характеризовались фрагментацией крист, набуханием и формированием в них миелоноподобных структур, что является возможным следствием нарушения структуры и проницаемости митохондриальных мембран.

Выводы. Полученные данные позволяют рассматривать структурно-функциональные изменения митохондрий клеток печени в качестве перспективного маркера при создании новых технологий диагностики и прогнозирования функциональных нарушений печени при дислипидемиях, метаболическом синдроме и других заболеваниях.

Работа выполнена при финансовой поддержке программы фундаментальных исследований Президиума РАН «Фундаментальные науки – медицине» (проект ФНМ-16).

ГЕПАТОТРОПНЫЕ НАНОБИОКОМПОЗИТЫ С ПОВЫШЕННЫМ ОТКЛИКОМ НА ВНЕШНЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЛЯ МАЛО- ИЛИ НЕИНВАЗИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Сухов Б.Г., Трофимов Б.А.

ФГБУН «Иркутский институт химии им. А.Е. Фаворского СО РАН», Иркутск, Россия

Цель исследования: разработка общего подхода к направленному синтезу на основе гепатотропных полисахаридов новых гибридных неорганно-органических нанобиокомпозиатов с заданным комплексом физико-химических и биологических свойств, обеспечивающих высокий закономерный отклик как на биологическое окружение, так и на проникающее электромагнитное воздействие (гамма, рентгеновского, оптического, сверхвысокочастотного, радиочастотного и др. диапазонов) для реализации высокоинформативной визуализирующей диагностики, а также управляемых терапевтических эффектов в гепатологии.

Материалы и методы. Для синтеза новых гепатотропных нанобиокомпозиатов использовали полисахариды с галактозными звеньями, биоспецифичными к рецепторам гепатоцитов (арабиногалактан, галактоманнан, каррагинан и др., а также специально полученные функциональные производные этих полисахаридов) и коммерчески доступные химические реактивы. Строение, физико-химические свойства, потенциальные диагностические и терапевтические эффекты полученных новых наносубстанций устанавливали комплексом взаимодополняющих физико-химических методов исследования мирового уровня (ЯМР, ЭПР, УФ, ИК, КР, РФА, ФКС, люминесценция, поляриметрия и др.), а также электронной (сканирующей, просвечивающей, туннельной) и лазерной конфокальной микроскопией.

Результаты. Разработан и реализован новый общий подход к синтезу гибридных неорганно-

органических нанобиокомпозиатов с комплексом потенциальных диагностических и терапевтических свойств на основе гепатотропных полисахаридов [Трофимов и др., ДАН, 2003-2011; Физ. мезомеханика, 2004; ЖОХ, 2006; ЖСХ, 2007; Хим. Журн. Казахстана, 2007; Кн.: «Наука и нанотехнологии», 2007; Нанотехника, 2008-2010; Изв. РАН. Сер. Хим., 2010; Новая аптека. Эффективное управление, 2011; Изв. ВУЗов. Физика, 2011; Nanomedicine: NBM, 2011; Appl. Magnet. Reson., 2011; Macromol. Symp., 2012; Патенты РФ № 2260500, 2005; № 2278969, 2006; № 2319707, 2008; Положит. решение о выдаче патента РФ, 2012). Разработанный подход базируется на процессах самоорганизации неорганно-органических полимерных структур, включающих регуляцию размеров гибридных фрагментов на наноразмерном уровне за счет специфической адсорбции макромолекул полисахаридов на растущем неорганическом наноядре. Это приводит к инкапсулированию наночастиц в объемный полисахаридный экран, ограничивающий дальнейший процесс агрегации на наноуровне.

Все полученные нанобиокомпозиаты проявляют специфические размерные физико-химические эффекты нанофаз, заключенных в гепатотропные полисахариды. Так, железосодержащие наноконпозиаты обладают специфическими магнитными свойствами - суперпарамагнетизмом, ферромагнетизмом. Металл(0)-содержащие наноконпозиаты обладают специфическими оптическими свойствами, проявляя характерное оптическое поглощение для суперполяризуемых металлических наночастиц

(плазмонний резонанс). Наноккомпозити благородних металів мають виражену фотокаталітичну активність. Крім того, отримані нанобіоккомпозити мають різноманітну біологічну активність, обумовлену природою наностабілізуючих гепатотропних полісахаридних матриць, так і інкапсульованих в них наночастиць.

Обсуджаемый комплекс физико-химических и биологических свойств полученных новых нанобіоккомпозитів на основі гепатотропних полісахаридів робить ці наносубстанції перспективними засобами для цільового рецептор-опосередованого зв'язування або проникнення в клітини печінки з відкриваючоюся можливістю реалізації там мало- або неінвазивної багатоканальної моніторингової діагностики, а також цільового управляемого терапевтичного впливу при мінімізації побічних ефектів.

Заключення. Таким образом, предлагаемый подход к получению наноккомпозитів біомедицинського призначення, включаючих в свій склад

гепатотропні полісахариди і наночастиці різної чутливості природи відкриває прості шляхи до направленого синтезу нових наноматеріалів з незвичайним управляемым комплексом діагностичних, терапевтичних і гепатотропних властивостей. Для широкомасштабного впровадження в гепатологічну практику цих перспективних управляемых діагностичних і терапевтичних нанобіоккомпозитних засобів необхідно подальше інтенсивне міждисциплінарне розвиток фундаментальних, доклінічних і клінічних досліджень.

Робота фінансувалася Президентською Програмою РФ для підтримки провідних наукових шкіл (грант НШ-1550.2012.3), Сибірським відділенням РАН (партнерський інтеграційний проєкт СО РАН, УрО РАН і ДВО РАН № 1, міждисциплінарні інтеграційні проєкти СО РАН №№ 85, 134, інтеграційний проєкт СО РАН і Монгольської академії наук № 14), Президіумом РАН (проєкт Програми «Фундаментальні науки – медицині» № 5.42), РФФІ (грант 12-03-90433-Укр_а).

ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ И ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ

Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Чеснокова М.В., Климов В.Т.

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, Иркутск, Россия
Иркутский научный центр СО РАН, отдел медико-биологических исследований и технологий, Иркутск, Россия
ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока», Иркутск, Россия

Цель исследования: изучить влияние факторов патогенности возбудителя на поражение печени при псевдотуберкулезе.

Материалы и методы. Изучена клиническая картина псевдотуберкулеза в условиях вспышечного и спорадического уровней заболеваемости (504 больных). Проведено инфицирование мышей линии СВАj ($n = 208$) штаммами *Y. pseudotuberculosis* I серовара с плазмидами 47 MD и 82:47 MD, патоморфологическое исследование печени, селезенки. Наличие специфического антигена в гомогенатах органов животных определяли методом торможения иммуноферментного анализа. Наличие возбудителя в органах экспериментальных животных определяли с помощью метода непрямой иммунофлюоресценции. Определяли цитокинопродуцирующую способность штаммов возбудителя и его компонентов на культуре клеток цельной крови доноров. Проведена апробация метода ПЦР для диагностических целей в разные сроки инфекционного процесса. Для амплификации использовали праймеры к плазмидным (*Yers1* и *Yers2*) и хромосомным (*Inv1* и *Inv2*, *YP-3* и *YP-4*) генам *Y. pseudotuberculosis*. Статистическая обработка данных осуществлялась методом анализа таблиц сопряженности, дисперсионного и корреляционного анализа.

Результаты. Установлено, что при наличии у *Y. pseudotuberculosis* плазмиды 82 MD у больных досто-

верно чаще в патологический процесс вовлекаются печень и селезенка, наблюдается замедленное развитие гуморального иммунного ответа.

При экспериментальном исследовании установлено, что наличие у возбудителя данной плазмиды приводит к ранней диссеминации возбудителя: инфильтраты в печени зарегистрированы со 2 суток (без данной плазмиды – с 4), методом иммунофлюоресценции возбудитель обнаруживался в паренхиме печени с 3 суток (в группе сравнения – с 7). Методом торможения ИФА установлено, что в селезенке и печени мышей, инфицированных двухплазмидным (82:47 MDa) штаммом, специфический антиген появлялся раньше, а его концентрация во все сроки наблюдения была выше, чем у животных, инфицированных одноплазмидным (47 MDa) штаммом. Установлено, что штамм *Y. pseudotuberculosis* (82:47 MDa) обладал сниженной способностью индуцировать продукцию цитокинов (IFN- α , IL-1, IL-6 и TNF- α) по сравнению с остальными штаммами возбудителя и его компонентами.

Выявлена недостаточная эффективность общепринятых методов лабораторного подтверждения диагноза: бактериологической – 20,91 %, серологической – 72,60 % в условиях вспышечной заболеваемости и 39,02 % – при спорадической. Впервые проведена апробация метода ПЦР для

решения задачи ранней клинической диагностики псевдотуберкулеза у больных в условиях спорадического уровня заболеваемости. При сравнении результативности ПЦР по сравнению с традиционными методами выявлено, что она в 7,3 раза превосходит бактериологический и в 1,9 раза серологический методы исследования ($\chi^2 = 65,87$, $p < 0,0001$ и $\chi^2 = 19,56$, $p < 0,0001$ соответственно). ПЦР занимала по времени от 4–6 часов, в то время как культуры *Y. pseudotuberculosis* изолированы после 10 суток холодного обогащения, а методом РНГА обнаружить специфические антитела чаще удавалось лишь на третьей-четвертой неделе заболевания.

Проведена оценка эффективности ранней диагностики псевдотуберкулеза: при ранней диагностике средний койко-день составил $12,42 \pm 0,59$ дня, при поздней – $18,41 \pm 1,59$ дня ($p < 0,002$).

Заключение. Установлено, что наличие у возбудителя псевдотуберкулеза плазмиды pVM 82 MDa влияет на частоту вовлечения печени в патологический процесс, снижает иммуногенность штаммов возбудителя. В этих условиях перспективно внедрение новых методов ранней диагностики, не основанных на применении методов оценки гуморального иммунного ответа. Доказана высокая эффективность использования ПЦР для целей ранней диагностики.

СОДЕРЖАНИЕ

Профессор Мария Демьяновна Пациора (1912–1984) 3

**ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
(ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА)**

Адьлова Г.С. Висцеральная гемодинамика после портосистемного шунтирования у больных с внепеченочной портальной гипертензией 5

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Набиев А.Н. Электролитный обмен при механической желтухе опухолевой этиологии в сочетании с портальной гипертензией 5

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Кондаков В.И., Веденин Ю.И., Пимкин С.М. Результаты малоинвазивного лечения внепеченочной портальной гипертензии 6

Бойко И.К., Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Бойко Т.Н., Грядасова Л.Н., Корнилов Н.Г. Использование методов компьютерной томографии, ультразвукового исследования, портальной сцинтиграфии в дифференциальной диагностике пролиферативных процессов в поджелудочной железе 7

Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Лин В.В., Батюк В.И. Хирургическое лечение больных с панкреатогенной портальной гипертензией 8

Ержанов О.Н., Хасенов Ж.Д., Кариев А.Ш. Резекция печени тубусным скальпелем при портальной гипертензии 8

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифжанов А. Ш., Стрижков Н.А., Шаниева З.А. Особенности тактики лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с циррозом печени и портальной гипертензией 9

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А. Стандартизация тактики лечения у больных с активацией цирротического процесса и острой печеночной недостаточности 10

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т. Прогнозирование рецидива кровотечения из варикозных вен пищевода при внепеченочной портальной гипертензии 11

Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Прокопьев М.В., Григорьев С.Е., Бойко И.К., Бойко Т.Н., Квашин А.И. Оптимизация хирургического лечения внепеченочной портальной гипертензии ... 11

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин, Д.П., Смородский А.В., Хлебков В.В. Современные возможности хирургической коррекции внепеченочной портальной гипертензии 12

Кошевой А.П., Кошель А.П., Чирков Д.Н., Эгенбаев Р.Т., Кудайбергенов Т.И. Возможности для улучшения прогноза и профилактики кровотечений при внепеченочной портальной гипертензии .. 13

Криворучко И.А., Бойко В.В., Тищенко А.М., Сивожелезов А.В., Гончарова Н.Н. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита на фоне внепеченочной портальной гипертензии 14

Куликовский В.Ф., Давыденко О.Ю., Пархоменко И.Е., Солошенко А.В., Ярош А.Л. Опыт применения методики эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода у пациентов с портальной гипертензией 14

Кулюшина Е.А. Достоверность эхографической оценки внепеченочной портальной гипертензии у пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени 15

Курбанов К.М., Каюмов А.А., Махмадов Ф.И., Назирбоев К. Улучшение результатов комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени 15

Лесовик В.С., Васильченко М.И., Кулюшина Е.А. Применение лучевых методов диагностики у пациентов с заболеваниями печени 16

Лесовик В.С., Дибиров М.Д., Васильченко М.И. Применение эндоскопических способов остановки кровотечения у больных циррозами печени 17

Макаров В.И., Перерва О.В., Таранков А.С., Стегний К.В., Юдин С.В., Агапов М.Ю., Букарев А.В. Эффективность различных методов эндогемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода 17

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Абдурашидов Г.А. Тактические аспекты при допеченочной портальной гипертензии, осложненной пищеводным кровотечением 18

| | |
|--|----|
| <i>Набиев А.Н., Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Хамидов О.Б.</i> Релаксирующее действие алкалоида протопина на сократительную активность гладкомышечных клеток воротной вены при экспериментальной портальной гипертензии | 19 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.</i> Оценка степени редукции портопеченочного кровообращения у больных циррозом печени | 19 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Нурутдинов У.С.</i> Применение усовершенствованного способа лигатурного разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом внепеченочной портальной гипертензии | 20 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.</i> Сводные результаты портосистемного шунтирования у больных с синдромом внепеченочной портальной гипертензии | 21 |
| <i>Плеханов А.Н., Батчулуун П.</i> Прогностические критерии оценки степени тяжести печеночной недостаточности у больных циррозом печени с портальной гипертензией | 22 |
| <i>Русин В.И., Сирчак Е.С., Футько Х.В., Петричко О.И., Ивачевский М.М.</i> Методы диагностики гепатorenального синдрома при портальной гипертензии | 23 |
| <i>Савченко А.В., Авдей Е.Л., Руммо О.О.</i> Внепеченочная портальная гипертензия: вероятные причины развития | 23 |
| <i>Савченко А.В., Авдей Е.Л., Руммо О.О.</i> Комплексное хирургическое и эндоскопическое лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при внепеченочной портальной гипертензии | 24 |
| <i>Самарцев В.А., Протасов В.В., Пушкарев А.Г.</i> Результаты эндоскопического лечения больных варикозным расширением вен пищевода | 25 |
| <i>Фомин П.Д., Козлов С.Н., Долот А.П., Никишин А.Л.</i> Особенности изменения гемодинамики после рентгенэндоваскулярных вмешательств при осложнениях допеченочной портальной гипертензии | 25 |
| <i>Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т.</i> Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией | 26 |
| <i>Холматов П.К., Каюмов А.А.</i> Диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени | 27 |
| <i>Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Усманов Н.У.</i> Парциальное портокавальное шунтирование у больных циррозом печени | 28 |
| <i>Чикотеев С.П., Ильичева Е.А., Бойко И.К.</i> Использование ультразвукового дуплексного сканирования в дифференциальной диагностике хронического панкреатита и рака поджелудочной железы ... | 28 |
| <i>Чикотеев С.П., Бойко И.К., Ильичева Е.А., Грядасова Л.Н.</i> Функциональная оценка портальной гемодинамики при внепеченочной портальной гипертензии | 29 |
| <i>Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Цава Д.В., Белов Д.Ю.</i> Особенности диагностики и эндоскопического лечения варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной формой портальной гипертензии | 30 |
| <i>Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Лукина Е.А., Любимый Е.Д., Сысоева Е.П., Дмитренко Е.В., Фандеев Е.Е.</i> Особенности лечения пациентов с внепеченочной портальной гипертензией и заболеваниями системы крови | 31 |
| <i>Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Любимый Е.Д., Фандеев Е.Е.</i> Формирование внепеченочной портальной гипертензии на фоне наследственной тромбофилии | 31 |
| <i>Яковлева Е.В., Лукина Е.А., Киценко Е.А., Васильев С.А., Левина А.А.</i> Антифосфолипидный синдром у больных с внепеченочной портальной гипертензией | 32 |

**ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

| | |
|--|----|
| <i>Агапов В.К., Цвиркун В.В., Александров Б.А.</i> Осложнения операций на печени | 33 |
| <i>Андон Е., Андон Л., Бужор П., Павлюк Г.</i> Послеоперационные осложнения печеночно-легочного эхинококкоза | 34 |
| <i>Анисимова О.В., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Хоробрых Т.В., Кондрашин С.А.</i> Факторы прогноза непосредственных результатов операций при инсулинпродуцирующих опухолях поджелудочной железы | 34 |
| <i>Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Магзумов И.Х., Лим В.Г.</i> Бактериологические особенности и тактика при посттравматических стриктурах гепатикохоледоха, осложненных гнойным холангитом | 35 |
| <i>Арипова Н.У., Магзумов И.Х., Арипова М.У., Лим В.Г.</i> Роль и место чрескожно-чреспеченочных вмешательств в лечении остаточных полостей печени после эхинококкэктомии | 35 |

| | |
|--|----|
| <i>Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Мирходжаев И.И., Хикматов Ж.С.</i> Ранние послеоперационные осложнения в хирургии эхинококкоза печени | 36 |
| <i>Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Акинчиц А.Н., Мандриков В.В.</i> Вариантные способы коррекции интраабдоминальных осложнений после операций на печени | 37 |
| <i>Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Михайлов Д.В., Мазунов А.С.</i> Осложнения вирсунгопластики в раннем послеоперационном периоде | 38 |
| <i>Благитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Полякевич А.С., Смоляков Д.С.</i> Основные причины осложнений после оперативных вмешательств на печени | 38 |
| <i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Сычев А.В.</i> Ранние послеоперационные осложнения хирургического лечения опухолевых поражений поджелудочной железы | 39 |
| <i>Богомоллов Н.И.</i> Болезнь Кароли и кисты внепечёночных желчных протоков | 40 |
| <i>Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Калинин Е.Ю., Полунин И.А.</i> Применение «Ропрена» в комплексном лечении больных механической желтухой опухолевого генеза | 40 |
| <i>Бородач В.А.</i> Поясничное дренирование – эффективный способ эвакуации жидкости из подпеченочного пространства | 41 |
| <i>Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Королева А.А.</i> Билиарные осложнения после резекций печени по поводу различных очаговых образований | 41 |
| <i>Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Королева А.А.</i> Кровотечения после резекций печени по поводу различных очаговых образований | 42 |
| <i>Глабай В.П., Архаров А.В., Алиев А.И., Кешишев А.Г., Юнусов Б.Т., Виленский А.А.</i> Лечение послеоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите | 43 |
| <i>Гранов Д.А., Павловский А.В., Попов С.А., Шаповал С.В.</i> Осложнения стандартных, расширенных и комбинированных операций на поджелудочной железе | 44 |
| <i>Гунзынов Г.Д., Цыбиков Е.Н., Саганов В.П., Гармаев Б.Г.</i> Результаты хирургического лечения больных с высокими доброкачественными рубцовыми стриктурами гепатикохоледоха | 45 |
| <i>Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.</i> Ранние послеоперационные осложнения в хирургии метастазов колоректального рака в печень | 45 |
| <i>Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Анисимова О.В., Кондрашин С.А., Парнова В.А., Васильев И.А.</i> Непосредственные результаты хирургического лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы | 46 |
| <i>Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Мальгинов К.Е., Каменских Е.Д., Панков К.И., Косьяк А.А., Гаврилов О.В., Колеватов А.П.</i> Осложнения резекций печени | 47 |
| <i>Заривчацкий М.Ф., Смольков А.А., Колыванова М.В., Богатырева Г.М., Саманчук С.Ф.</i> Профилактика ранних послеоперационных осложнений при лечении панкреонекроза | 48 |
| <i>Иванов С.В., Горбачева О.С., Машенцева В.В., Тарабрин Д.В.</i> Осложнения раннего послеоперационного периода у пациентов с хроническим панкреатитом | 49 |
| <i>Кадоцук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С.</i> Профилактика и лечение ранних послеоперационных осложнений при остром деструктивном панкреатите | 49 |
| <i>Кадоцук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С.</i> Профилактика осложнений при прямых хирургических вмешательствах по поводу хронического панкреатита | 50 |
| <i>Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.</i> Осложнения при резекциях печени в эндемическом очаге описторхоза | 51 |
| <i>Климов А.Е., Габоян А.С., Малюга В.Ю., Федоров А.Г., Бархударов А.А., Давыдова С.В., Черепанова О.Н., Шульга И.В.</i> Профилактика ранних послеоперационных осложнений после гастропанкреатодуоденальной резекции | 52 |
| <i>Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Прокопьев М.В., Ильичева Е.А., Елисеев С.М., Александрова Е.В., Лепехова С.А., Прокопьева Н.И.</i> Прогнозирование, профилактика и коррекция осложнений хирургии печени и поджелудочной железы | 53 |
| <i>Котельникова Л.П., Будянская И.М., Белякова Я.В.</i> Диагностика и лечение билом после резекций печени | 53 |
| <i>Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Свитина К.А., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Козлов И.А., Казаков И.В.</i> Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе | 54 |
| <i>Кульчиев А.А., Морозов А.А., Карсанов А.М., Тигиев С.В.</i> Профилактика несостоятельности панкреатикоюностомоза при панкреатодуоденальной резекции | 55 |

| | |
|---|----|
| <i>Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М.</i> Диагностика и лечение послеоперационных желчеистечений | 56 |
| <i>Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М.</i> Релaparоскопия в коррекции послеоперационных осложнений оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путей | 56 |
| <i>Лубянский В.Г., Жариков А.Н.</i> Хирургическая тактика при острых перфорациях тонкой и ободочной кишки у больных с инфицированным панкреонекрозом | 57 |
| <i>Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Гасанов А.Г.</i> Интра- и послеоперационные осложнения при операциях на поджелудочной железе | 58 |
| <i>Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Гасанов А.Г.</i> Некоторые технические аспекты восстановительного этапа гастропанкреатодуоденальной резекции | 59 |
| <i>Миронов В.И., Шелест П.В., Майсаков Б.Б.</i> Инфекционно-токсический шок в раннем послеоперационном периоде при гнойном панкреонекрозе | 59 |
| <i>Миронов В.И., Майсаков Б.Б.</i> Острая печеночная недостаточность в раннем послеоперационном периоде после декомпрессивных вмешательств при синдроме желчной гипертензии | 60 |
| <i>Мирходжаев И.А., Исомутдинов А.З., Мирходжаев И.И., Хикматов Ж.С., Комилов С.О.</i> Послеоперационные осложнения множественного эхинококкоза печени | 61 |
| <i>Назаренко Н.А., Вишнеvский В.А., Рузавин В.С., Егорова В.В.</i> Острая пострезекционная печеночная недостаточность | 62 |
| <i>Назаренко Н.А., Рузавин В.С., Осипова Н.Ю., Шуракова А.Б.</i> Роль магнитно-резонансной томографии в выявлении пострезекционного отека паренхимы печени | 63 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.</i> Результаты применения методики ограничения портокавального сброса при наложении дистального спленоренального анастомоза у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены | 63 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х.</i> Сводные результаты портосистемного шунтирования у больных с портальной гипертензией | 64 |
| <i>Плеханов А.Н., Товаришинов А.И.</i> Прогностические критерии печеночной недостаточности после обширных резекций печени | 65 |
| <i>Плеханов А.Н., Товаришинов А.И.</i> Дооперационная оценка функционального резерва печени в хирургии очаговых образований | 66 |
| <i>Попов А.В., Репин М.В., Гуценский Л.Б., Ершова А.И., Сандаков П.Я.</i> Панкреатогенная почечная дисфункция и изменения биофизических свойств мочи у больных острым панкреатитом | 66 |
| <i>Пропп А.Р., Полуэктоv В.Л., Деговцов Е.Н., Кузьменко В.В., Никулина С.А., Осипов Е.Ю.</i> Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом | 67 |
| <i>Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г., Панафидин И.С., Шамсиев А.Р.</i> Хирургия печени. послеоперационные осложнения и их профилактика | 68 |
| <i>Рахимов Б.М., Галкин И.В., Баранов В.Р., Морозов А.В.</i> Непосредственные результаты резекции печени | 68 |
| <i>Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Цыбиков Е.Н.</i> Лечение ферментативного перитонита при остром панкреатите | 69 |
| <i>Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Цыбиков Е.Н., Гунзынов Г.Д., Гармаев Б.Г., Будашеев В.П.</i> Результаты лечения травмы поджелудочной железы | 70 |
| <i>Салимгареев И.З., Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Нагаев Ф.Р.</i> Ближайшие результаты хирургического лечения больных с осложненным хроническим панкреатитом | 70 |
| <i>Свитина К.А., Кригер А.Г., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Казаков И.В.</i> Профилактика развития послеоперационного панкреатита у больных, оперированных на поджелудочной железе | 71 |
| <i>Силаев В.Н., Ситкин С.И., Бозова Е.Ю., Ломоносов Д.А.</i> Ранние осложнения и повторные операции после внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы | 72 |
| <i>Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Хрусталева М.В., Ховрин В.В., Чардаров Н.К., Беджанян А.Л., Багмет Н.Н.</i> Билиарные осложнения после резекций печени: можно ли снизить частоту? | 72 |
| <i>Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Козлов И.А., Тимина И.Е., Кригер А.Г.</i> Возможности ультразвукового исследования при определении тактики оперативного вмешательства и в оценке послеоперационных изменений при выполнении дистальной резекции поджелудочной железы .. | 73 |
| <i>Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Коробейников В.И., Леднева А.В.</i> Ранние послеоперационные осложнения у больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной системы с учетом коморбидной патологии | 74 |
| <i>Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Чудин С.В., Никитин Д.А.</i> Осложнения после резекций печени у больных с объемными образованиями в раннем послеоперационном периоде | 75 |

| | |
|---|----|
| <i>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Козик Ю.П., Неверов П.С., Якута И.С.</i> Основные положения профилактики послеоперационных осложнений в лечении панкреатогенных кровотечений | 76 |
| <i>Татаршаов М.Х., Джанкёзов А.С., Джантемиров Б.А., Токова Ф.И.</i> Комплексное лечение осложнений после резекции печени | 77 |
| <i>Теремов С.А., Мухин А.С.</i> Профилактика острого панкреатита при хирургических вмешательствах на терминальном отделе холедоха | 77 |
| <i>Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израилов Р.Е.</i> Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция: особенности мининвазивной коррекции послеоперационных осложнений | 78 |
| <i>Хубутия М.Ш., Чугунов А.О., Андрейцева О.И., Журавель С.В., Новрузбеков М.С., Магомедов К.М., Чжао А.В.</i> Печеночная недостаточность после операций на печени | 79 |
| <i>Цхай В.Ф., Бразжникова Н.А.</i> Послеоперационные осложнения после вмешательств по поводу механических желтух паразитарной природы | 80 |
| <i>Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Томаев Г.Г., Анисимова О.В.</i> Лечебная тактика при желчных и панкреатических свищах после операции на органах гепатопанкреатобилиарной зоны | 80 |
| <i>Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Шиков Д.В., Лукин А.Ю., Васильев И.М.</i> Послеоперационные осложнения при резекциях печени | 81 |
| <i>Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Герасимов А.Ю., Карпов А.А.</i> Сравнительный анализ осложнений после формирования панкреатоеюно- и панкреатогастроанастомозов | 82 |
| <i>Шнейдер В.Э.</i> Структура панкреатогенных осложнений хирургического лечения травматических повреждений поджелудочной железы | 83 |
| <i>Штофин С.Г., Штофин А.С., Садовский А.В.</i> Хирургическая профилактика ранних осложнений панкреатодуоденальной резекции | 84 |
| <i>Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.</i> Осложнения после резекций печени | 84 |

ХИРУРГИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

| | |
|---|----|
| <i>Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Лызко И.А., Зайцев И.С.</i> Радикальные и паллиативные резекции печени при альвеококкозе | 86 |
| <i>Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Зайцев И.С.</i> Роль и место повторных операций при альвеококкозе | 86 |
| <i>Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Зайцев И.С.</i> Механическая желтуха альвеококковой природы ... | 87 |
| <i>Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Табаров З.В., Сафаров Б.Дж.</i> Опыт лечения альвеококкоза печени в Таджикистане | 87 |
| <i>Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М., Мищенко М.А.</i> Особенности хирургического лечения распространенного альвеококкоза печени, осложненного формированием полостей распада ... | 88 |
| <i>Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М., Мищенко М.А.</i> Этапное хирургическое лечение распространенного альвеококкоза печени | 89 |
| <i>Безезов Х.С., Безезов Б.Х., Мамашев Н.Д., Уметалиев Т.М., Белекбаев Т.М., Ажибеков С.Ж.</i> Результаты хирургического лечения осложненного альвеококкоза печени | 89 |
| <i>Иманкулов С.Б., Федотовских Г.В., Асабаев А.Ш., Ерлан М., Шаймарданова Г.М., Жампеисов Н.К., Нарбаев А.Е.</i> Возможности высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (HIFU-терапия) в лечении альвеококкоза печени | 90 |
| <i>Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В.</i> Нестандартные операции при альвеококкозе печени . | 91 |
| <i>Курачева Н.А.</i> Ультразвуковая диагностика механической желтухи при альвеококкозе печени ... | 91 |
| <i>Мерзликин Н.В., Гюнтер В.Э., Клиновицкий И.Ю., Максимов М.А., Курачева Н.А., Еськов И.М., Саипов М.Б., Шелепов С.В., Пурпурас С.Г.</i> Использование никелида титана в хирургии альвеококкоза печени | 92 |
| <i>Оморов Р.А., Мусаев А.И., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.</i> Результаты резекции печени при альвеококкозе | 93 |
| <i>Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.</i> Результаты повторных операций на печени после приема альбендазола | 93 |
| <i>Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А.</i> Хирургическое лечение альвеококкоза печени и его гнойных осложнений | 94 |
| <i>Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г.</i> Хирургическое лечение альвеококкоза печени | 95 |
| <i>Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Багмет Н.Н., Ратникова Н.П., Чекунов Д.А., Беджанян А.Л.</i> Альвеококкоз печени: ретроспективный анализ лечения 51 пациента | 95 |

| | |
|---|-----|
| <i>Устинов Г.Г., Инговатова Г.М., Эрх В.Р., Кутькин Д.В.</i> Возможности лучевых методов диагностики альвеококкоза печени | 96 |
| <i>Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Тетерин Г.В.</i> Хирургическая тактика при альвеококкозе печени | 97 |
| <i>Шойхет Я.Н., Капитулин С.Ю., Фокеев С.Д., Казанцева Е.С.</i> Влияние распространенности альвеококкоза печени на объем хирургического лечения | 97 |
| <i>Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Смирнов А.К., Инговатова Г.М.</i> Хирургическое лечение альвеококкоза печени | 98 |
| <i>Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С.</i> Аспекты инструментальной поддержки резекции печени по поводу альвеококкоза | 99 |
| <i>Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.</i> Тактика хирургического лечения пациентов с альвеококкозом печени | 100 |

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

| | |
|--|-----|
| <i>Акуленко С.В., Малов А.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В., Захаров А.Г.</i> Вакуум-облитерация несформированных псевдокист поджелудочной железы | 101 |
| <i>Акуленко С.В., Малов А.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В., Захаров А.Г.</i> Применение радиочастотной термоабляции в минимальноинвазивном лечении гемангиом печени | 101 |
| <i>Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Жвиташвили И.Д.</i> Применение метода сосудистой изоляции опухоли при панкреатодуоденальной резекции | 102 |
| <i>Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Лим В.Г.</i> Динамика изменения содержания желчных кислот в крови и желчи при экспериментальной механической желтухе | 102 |
| <i>Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Сафаров Б.Д., Табаров З.В.</i> Обширные резекции местнораспространенного рака печени | 103 |
| <i>Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Табаров З.В.</i> Резекция печени при эхинококкозе – надежный способ снижения ранних послеоперационных осложнений | 104 |
| <i>Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Соловьев И.А., Яковлева Д.М., Семенов К.В., Краденов А.В.</i> Опыт использования октреотид-депо у пациентов с наружными панкреатическими свищами различного генеза | 104 |
| <i>Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Тарасов В.А., Семенов К.В., Яковлева Д.М., Амбарцумян С.В., Дымиников Д.А.</i> Опыт хирургического лечения рака головки поджелудочной железы | 105 |
| <i>Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М., Батиг Е.В., Курочкин Д.М.</i> Этапное чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ при лечении больных инфицированным панкреонекрозом | 106 |
| <i>Басов Ф.В., Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Валов С.Д.</i> Воздействие перфторана на течение экспериментального острого панкреатита | 106 |
| <i>Берелавичус С.В., Кригер А.Г., Горин Д.С., Кармазановский Г.Г., Кочатков А.В., Козлов И.А.</i> Роботизированный хирургический комплекс «Да Винчи» в хирургии поджелудочной железы | 107 |
| <i>Благов Д.А., Хорев А.Н., Малашенко В.Н., Козлов С.В., Плюта А.В.</i> Влияние плазмафереза с экстракорпоральной фармакотерапией и лапароскопической санацией брюшной полости на течение панкреонекроза | 108 |
| <i>Богомолов Н.И.</i> Болезнь Кароли и кисты внепечёночных желчных протоков | 108 |
| <i>Богомолов Н.И., Прохоров Н.Б., Скажутин В.Г., Соловьёв В.Ю., Вотьев И.В.</i> Желчнокаменная болезнь – доминирующая патология общехирургического стационара | 109 |
| <i>Богомолов Н.И.</i> Полипы желчных протоков | 109 |
| <i>Богомолов Н.И., Вотьев И.В., Скажутин Л.Н., Томских Н.Н.</i> Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – альтернатива традиционной холецистэктомии и холедохолитотомии | 110 |
| <i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Сычев А.В., Поповцев М.А.</i> Развития острого послеоперационного панкреатита при операциях по поводу рака желудка – особенности развития, лечения и прогнозирования | 110 |
| <i>Брицкая Н.Н.</i> Опыт этапного хирургического лечения больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений | 111 |
| <i>Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Миллер С.В., Черепанова Е.С.</i> Профилактика иммунной недостаточности при остром деструктивном панкреатите | 112 |

| | |
|--|-----|
| <i>Винник Ю.С., Волова Т.Г., Маркелова Н.М., Шишацкая Е.И., Миллер С.В., Черепанова Е.С., Василе- ня Е.С.</i> Экспериментальный опыт использования эндобилиарных стентов из биорезорбируемых полигидроксиалканоеатов | 113 |
| <i>Вишневецкий В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Жаворонкова О.И., Андреенков С.С., Чжао А.В.</i> Результаты применения радиочастотной термоабляции при резекциях печени | 113 |
| <i>Власов А.П., Катков С.В., Анаскин С.Г., Тингаев С.В., Николаев Е.А.</i> Патогенетические основы со- вершенствования острого панкреатита | 114 |
| <i>Влахов А.К., Старосек В.Н., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г.</i> Миниинвазивная хирургия панкреатита при осложненных эндоскопических вмешательствах на дистальном отделе общего желчного про- тока | 115 |
| <i>Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Индейкин А.В., Петров В.Н., Юденков С.Н.</i> Лапароскопическая цистэктомия при паразитарных кистах печени | 116 |
| <i>Ворончихин В.В., Олигер А.А.</i> Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреа- тите | 117 |
| <i>Гарипов Р.М., Гильманов А.Ж., Гарипова З.Р.</i> Иммунные нарушения и их роль в прогнозе течения острого деструктивного панкреатита | 117 |
| <i>Герасимов А.Ю.</i> Нарушение углеводного обмена у больных до и после резекционных и дренирующих вмешательств на поджелудочной железе | 118 |
| <i>Глухов А.А., Новомлинский В.В., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П.</i> Осложнения после малоинвазивных оперативных вмешательств у больных с непаразитарными кистами печени | 119 |
| <i>Григорьев Е.Г., Садах М.В., Капорский В.И., Калининченко А.В., Агеенко М.Б.</i> Резекция толстой кишки в условиях инфицированного панкреонекроза: как, когда, зачем? | 120 |
| <i>Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е., Саганов В.П., Гармаев Б.Г., Санжиева Д.Ч.</i> Результаты лечения рака поджелудочной железы и хронического панкреатита методом панкреатодуоденальной резекции | 121 |
| <i>Демидов В.М., Демидов С.М.</i> Миниинвазивный способ лечения больных с острым панкреатитом с интраоперационной профилактикой развития послеоперационной спаечной болезни | 121 |
| <i>Демин Д.Б., Тарасенко В.С., Басов Ф.В.</i> Перфторан в комплексном лечении острого панкреатита .. | 122 |
| <i>Демин Д.Б., Фуныгин М.С.</i> Применение тиоктовой кислоты в комплексном лечении острого алко- гольного панкреатита | 123 |
| <i>Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х., Хачатрян Н.Н., Юанов А.А., Рамазанова Ю.И., Талха- нов В.М., Ашимова А.А., Атаев Т.А.</i> Проблемы лечения панкреатогенного сепсиса | 123 |
| <i>Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х., Торшин С.А., Юанов А.А., Рамазанова Ю.И., Алиев А.М., Ту- това Е.А., Атаев Т.А., Ашимова А.А.</i> Профилактика и лечение синдрома кишечной недостаточности при панкреонекрозе | 124 |
| <i>Дуберман Б.Л., Мизгирев Д.В., Поздеев В.Н., Тарабукин А.В., Кустышев М.В.</i> Пункционно-дренаж- ные вмешательства как метод выбора в лечении больных с абсцессами печени | 125 |
| <i>Дюжева Т.Г., Шеффер А.В., Джус Е.В., Ахаладзе Г.Г., Чевочкин А.Ю., Платонова Л.В., Гальперин Э.И.</i> Предикторы распространенного парапанкреатита – основа стратегии лечения больных острым панкреатитом | 125 |
| <i>Егоров В.И., Петров Р.В., Козырин Р.В., Гришанков С.А., Ложкин М.В., Яшина Н.И., Майновская О.А., Старостина Н.С., Филиппова Е.М., Черная Н.Р., Коваленко З.А.</i> Артериальное кровоснабжение печени после модифицированной операции арплебу с иссечением общей и левой печеночных артерий при аберантной целиако-мезентериальной анатомии | 126 |
| <i>Егоров В.И., Ванькович А.Н., Яшина Н.И., Дубова Е.А., Курушкина Н.А., Петров Р.В.</i> Опыт диагно- стики и лечения 52 пациентов с «парадуоденальным панкреатитом». Насколько правомочен этот термин? | 127 |
| <i>Егоров В.И., Харазов А.Ф., Вишневецкий В.А., Шевченко Т.В., Казаков И.В., Петров Р.В., Козырин И.А., Коваленко З.А., Загагов С.А., Старостина Н.С.</i> Продолжительная выживаемость после панкреа- тодуоденальной резекции и последующих мультиорганных резекций по поводу двух рецидивов рака поджелудочной железы | 127 |
| <i>Егоров В.И., Харазов А.Ф., Вишневецкий В.А., Шевченко Т.В., Петров Р.В., Козырин И.А., Коваленко З.А., Загагов С.А., Кондратьев Е.В., Старостина Н.С.</i> Тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекци- ей верхней брыжеечной и печеночных артерий, иссечением общей и собственной печеночных артерий, и правосторонняя адреналэктомия при множественных нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы при синдроме МЭН 1 | 128 |
| <i>Егоров В.И., Вишневецкий В.А., Кармазановский Г.Г., Шевченко Т.В., Яшина Н.И., Петров Р.В., Козы- рин И.А., Коваленко З.А., Старостина Н.С., Захарова О.П.</i> Циркулярное вовлечение артерий при | |

| | |
|--|-----|
| компьютерной томографии. Всегда ли это означает нерезектабельность рака поджелудочной железы? | 128 |
| <i>Елисеев С.М., Корнилов Н.Г., Гумеров Р.Р., Чикотеев С.П., Шантуров В.А., Щапов В.В., Писарская Е.Ю., Клейменова Н.С.</i> Цистодигестивные кровотечения при хроническом панкреатите | 129 |
| <i>Ершов К.Г., Тетерин Г.В.</i> Редкое показание к резекции печени. Осложнение операции | 130 |
| <i>Ершова А.И., Минеев Д.А., Трефилова Ю.В.</i> Роль комплексного ультразвукового исследования органов брюшной полости в оценке тяжести течения острого панкреатита | 130 |
| <i>Ефимов Н.В., Ремизов А.С., Синявский Э.А., Ахметов А.Д.</i> Особенности течения хронического рецидивирующего панкреатита с формированием свища в плевральную полость | 131 |
| <i>Запорожченко Б.С., Корытная А.Ю., Муравьев П.Т.</i> Опыт применения мембранного плазмафереза в комплексной терапии острого деструктивного панкреатита | 132 |
| <i>Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т.</i> Опыт применения эндолифта оригинальной конструкции при лапаролифтинговой холецистэктомии у больных с сопутствующей сердечно-легочной патологией | 132 |
| <i>Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Сидоров Р.С., Летина Ю.В., Лабазанов В.М.</i> Клиническая и морфологическая характеристика поражения поджелудочной железы у больных вирусным гепатитом | 133 |
| <i>Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.</i> Способ получения, применения антительного эхинококкового эритроцитарного диагностикума для диагностики цистобилиарного свища | 134 |
| <i>Ившин В.Г., Ившин М.В., Андреев Ю.Г., Аглиуллин А.Ф.</i> Усовершенствование инструментария для чрескожного лечения панкреонекроза и распространенного парапанкреатита | 135 |
| <i>Ившин В.Г., Малафеев И.В., Якунин А.Ю., Ившин М.В., Кремьянский М.А.</i> Чрескожные вмешательства в лечении больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом | 135 |
| <i>Ионин В.П., Хрячков В.В., Колмачевский Н.А., Кислицин Д.П., Добровольский А.А.</i> Изолированное панкреатикодигестивное соустье при панкреатодуоденальной резекции | 136 |
| <i>Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Мелехина О.В., Шуракова А.Б.</i> Отдаленные результаты применения радиочастотной термоабляции при метастазах колоректального рака в печень | 137 |
| <i>Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Мелехина О.В., Шуракова А.Б., Чжао А.В.</i> Результаты применения радиочастотной абляции при первичном раке печени | 137 |
| <i>Каримов Ш.И., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Хасанов В.Р., Адълходжаев А.А., Хаджибаев Ф.А.</i> Малоинвазивные эндобилиарные и эндоваскулярные вмешательства в лечении опухолей ворот печени | 138 |
| <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адълходжаев А.А., Рахманов С.У., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р.</i> Профилактика осложнений в лечении периапулярных опухолей | 139 |
| <i>Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Шахбазян О.Г., Жвитиашвили И.Д.</i> Панкреатогастроанастомоз – оптимальный выбор при панкреатодуоденальной резекции | 140 |
| <i>Касумьян С.А., Пакусаев Б.А., Шахбазян О.Г., Безалтынных А.А., Ефимов И.А.</i> «Щадящая» хирургия кист поджелудочной железы | 140 |
| <i>Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А., Шумилов В.Г., Павловский В.Ф.</i> Билиарная декомпрессия и стентирование при механической желтухе | 141 |
| <i>Ковалев А.В., Здитовецкий Д.Э., Соколов В.Н., Белобородов А.А.</i> Чрескожные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе | 142 |
| <i>Козлов И.А., Кригер А.Г., Горин Д.С., Королев С.В.</i> Лапароскопические операции на поджелудочной железе | 142 |
| <i>Козлов И.А., Кригер А.Г., Егоров В.И., Яшина Н.И., Казаков И. В., Пьянкин С.С.</i> Органосберегающая тактика хирургического лечения хронического панкреатита с кистозной дистрофией двенадцатиперстной кишки | 143 |
| <i>Козлов И.А., Кригер А.Г., Тимина И.Е., Петухова М.В., Пашовкин И.Т.</i> Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного внепеченочной портальной гипертензией | 144 |
| <i>Комкова Т.Б., Альперович Б.И., Мерзликин Н.В.</i> Новые аспекты криохирургического лечения хронического болевого панкреатита | 145 |
| <i>Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А., Юдин А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В.</i> Миниинвазивные хирургические вмешательства в лечении острого некротического панкреатита | 146 |
| <i>Копчак В.М., Хомяк И.В., Дувалко А.В., Копчак К.В., Перерва Л.А.</i> Современные принципы диагностики и лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных кровотечением в полость псевдокисты | 147 |

| | |
|--|-----|
| Коробка В.Л., Громыко Р.Е., Глушкова О.И. Новые хирургические технологии в профилактике внутрибрюшных воспалительных осложнений после резекций головки поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом | 148 |
| Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В., Джарар Р.М., Жарков М.Н., Хайдаров В.В., Кричмар А.М. Новый вариант «обрывающей терапии» панкреонекроза | 148 |
| Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В. Комплексная оценка функциональных резервов печени при подготовке к обширным резекциям | 149 |
| Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В., Хлебков В.В. Современные аспекты диагностики и лечения острого тромбоза воротной вены | 150 |
| Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Миннуллин М.М. Выбор метода хирургического пособия у больных хроническим панкреатитом с нарушением дуоденальной проходимости | 151 |
| Краснов К.А., Старцев А.Б., Краснов А.О. Пятилетний опыт хирургического лечения эхинококкоза печени | 152 |
| Криворучко И.А., Повеличенко М.С., Балака С.Н. Хирургическое лечение панкреонекроза | 152 |
| Кригер А.Г., Вишневский В.А., Загазов С.О. Экстирпация культи поджелудочной железы при аррозийных кровотечениях, обусловленных панкреонекрозом после операций на поджелудочной железе | 153 |
| Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Ярош А.Л. Качество жизни больных с хроническим панкреатитом | 154 |
| Лебедева А.Н., Демидова В.С., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кригер А.Г., Казённых В.В., Загазов С.О. Особенности углеводного обмена после тотальной панкреатэктомии | 154 |
| Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н., Троицкая Н.И., Лобанов С.Л., Ханина Ю.С. Провоспалительные факторы в крови и перитонеальном экссудате при панкреонекрозе | 155 |
| Лотов А.Н., Заводнов В.Я., Луцык К.Н., Бугаев С.А., Караханова Г.В., Чжао А.В. Сберегающие технологии в лечении больных с осложнениями острого тяжелого панкреатита | 155 |
| Лубянский В.Г., Аргучинский И.В., Андреев П.В. Оптимизация хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом | 156 |
| Лукьянчиков В.Н., Лукьянчиков А.Н., Каторкин С.Е. Роль поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении панкреонекроза | 157 |
| Малов А.А., Акуленко С.В., Овчинников В.А., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В. Роль минимальноинвазивных технологий в лечении постнекротических панкреатогенных жидкостных скоплений | 157 |
| Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Лазарев С.А., Хайс С.Л., Лазарев А.Ф. Обширные резекции печени с предоперационной, регионарной, внутриартериальной химиотерапией по поводу метастазов колоректального рака в печени у больных с неблагоприятными прогностическими факторами .. | 158 |
| Мамчич В.И., Кебкало А.Б., Лобинцева Г.С., Бондарчук Б.Г., Яцишин М.В., Погорелов А.В., Накашидзе М.Д., Гордовский В.А. Роль клеточной и тканевой трансплантации в комплексном лечении некротического панкреатита | 159 |
| Маскин С.С., Иголкина Л.А., Жидовинов Г.И., Ермолаева Н.К., Александров В.В., Лопастейский Д.С., Нтире А., Кунгурцев С.В. Клиническая оценка применения локального криовоздействия при хирургическом лечении панкреонекроза и его осложнений | 160 |
| Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Хаётов А.М., Нуров З.Х., Восиев А.С. Первый опыт мининвазивного лечения кист поджелудочной железы | 160 |
| Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М. Пути улучшения результатов лечения острого панкреатита | 161 |
| Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г. Роль МРТ холангиопанкреатографии в определении хирургической тактики при хроническом панкреатите | 162 |
| Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Насибова У.А. Тотальная цистперистэктомия при эхинококкозе печени | 162 |
| Миллер С.В. Возможности аргоноплазменной коагуляции в хирургии изолированной и сочетанной травмы поджелудочной железы | 163 |
| Михайлузов С.В., Моисеенкова Е.В. Особенности диагностики распространенного инфицированного панкреонекроза | 164 |
| Мороз О.В., Кулезнева Ю.В., Израилов Р.Е., Охотников О.И., Мусаев Г.Х., Григорьев С.Н. Чрескожное цистогастральное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы | 165 |
| Мурадов Т.Р., Сулейманов С.Ф., Мирахмедова С.С., Рауфов А.А. Современные подходы в лечении панкреонекроза | 166 |

| | |
|--|-----|
| Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., Галимов И.И., Салимгареев И.З., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И. Возможности лапароскопического лечения больных с кистами брюшной полости | 166 |
| Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Салимгареев И.З. Применение «Аллогема» при экстренных лапароскопических операциях на печени | 167 |
| Назиров Ф.Н., Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Матмуратов С.К., Лим В.Г., Аллазаров У.А. Острый билиарный панкреатит – диагностика и выбор хирургической тактики | 168 |
| Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Качество жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования | 169 |
| Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Девятов А.В., Омонов О.А. Хирургическое лечение больных с опухолями проксимальных желчных протоков | 169 |
| Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Мардонов Л.Л. Частота и тяжесть печеночной энцефалопатии в отдаленный период после портосистемного шунтирования у больных циррозом печени | 170 |
| Никольский В.И., Климашевич А.В., Розен В.В., Герасимов А.В. Выбор оптимальных методов и сроков билиарной декомпрессии у пациентов с синдромом механической желтухи на этапах оказания медицинской помощи | 171 |
| Никонов П.В., Никонова Е.А. Острый деструктивный панкреатит в ургентной хирургии городской больницы | 172 |
| Осокин Г.Ю., Желябин Д.Г., Камалова О.К., Мамалыгина Л.А., Ким Г.Г. Сравнительный анализ методов лечения холедохолитиаза у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией | 173 |
| Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Пикунов Д.Ю., Нечунаев А.А., Кочиева М.П. Первый российский опыт необратимой электропорации метастазов колоректального рака в печень с использованием системы «panoknife» | 174 |
| Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Артифексова А.А. Патоморфология деструктивного панкреатита: только ли объем некроза определяет тяжесть течения? | 174 |
| Пахомов К.Г., Шутков Ю.М. Антропология в топографоанатомических взаимоотношениях поджелудочной железы и наружных желчных протоков, как причина билиарного панкреатита | 175 |
| Пельц В.А., Краснов К.А., Аминов И.Х. Первый опыт лапароскопической эхинококкэктомии | 176 |
| Петров Р.В., Щастный А.Т., Кугаев М.И., Егоров В.И. Сравнение эффективности различных видов резекций головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите | 176 |
| Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С. Малоинвазивная хирургия в комплексном лечении нагноившихся эхинококковых кист печени | 177 |
| Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С. Значение профилактики инфицирования в лечении острого деструктивного панкреатита | 178 |
| Пономарев А.Ю., Загородских Е.Б., Черкасов В.А. Определение тяжести состояния больных острым панкреатитом с применением диагностического комплекса «Цито-Эксперт» | 179 |
| Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П. Хронический панкреатит. Новый вариант панкреатикохоледохоеностомии | 180 |
| Расулов Н.А., Курбонов К.М. Коррекция недостаточности баугиниевой заслонки как способ профилактики постхолестэктомиического синдрома | 180 |
| Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р., Адълходжаев А.А. Результаты биопсий при опухолях проксимальных желчевыводящих протоках | 181 |
| Ращинский С.М., Третьяк С.И., Баранов Е.В., Ращинская Н.Т., Боровик Е.А. Анализ результатов хирургического лечения при прогрессирующем и отграниченном панкреатическом и перипанкреатическом некрозе | 182 |
| Ревель-Муроз Ж.А., Совцов С.А. Новые малоинвазивные лазерные технологии в лечении хронического панкреатита | 183 |
| Рыбачков В.В., Уткин А.К., Дубровина Д.Е., Уткина А.А. Возможности лечебно-диагностической лапароскопии в лечении острого панкреатита | 183 |
| Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Раднаева Л.Д., Будожанов Ж.В. Иммунодиагностика и иммунотерапия при остром деструктивном панкреатите | 184 |
| Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С. Отдаленные результаты лечения с оценкой качества жизни больных, перенесших панкреонекроз | 185 |
| Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения и качества жизни у больных с постнекротическим хроническим панкреатитом | 186 |

| | |
|---|-----|
| Самарцев В.А., Минеєв Д.А., Ложкіна Н.В. Роль ендоскопічного ультразвукового дослідження в діагностиці і визначенні хірургічної тактики при обостренні хронічного постнекротического панкреатиту | 186 |
| Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Осокін А.С., Гаврилов В.А. Особливості хірургічного лікування раку піджелудочної залози у хворих пожилого і стареческого віку | 187 |
| Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Новикова Н.В., Минеєв Д.А., Осокін А.С., Гаврилов В.А. Хірургічне лікування кист піджелудочної залози | 188 |
| Сафаров А.М., Расулов Н.А., Бобоев Б.Д., Гулахмадов А.Д., Содиков Я.С. Сучасні технології в діагностиці холедохолітіаза | 189 |
| Сачечелашвілі Г.Л., Бухарін А.Н., Сапанюк А.И., Мамедов С.Х., Хачатрян Д.В. Комплексне ендоскопічне лікування зовнішніх панкреатических свищів | 189 |
| Сейсембаєв М.А., Молдабеков Е.Т., Досханов М.О., Каниев Ш.А. Хірургічне лікування раку головки піджелудочної залози і профілактика ускладнень після гастропанкреатодуоденальної резекції з застосуванням сандостатину | 190 |
| Сейсембаєв М.А., Токсанбаєв Д.С., Садыков Н.К., Исбамбетов А.С., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А. Сучасні підходи до лікування рубцових стриктур внепеченочних жєлчных протоков | 191 |
| Силаєв В.Н., Ситкін С.И., Бозова Е.Ю. Змінення якості життя після панкреатодуоденальної резекції при лічєнні тяжєлєх форм болевєго синдрєма при хронічєском панкреатитє | 192 |
| Силаєв В.Н., Терєхов О.В., Ситкін С.И., Бозова Е.Ю., Асланян Л.С. Резулєтєты тєракоскопічєскої симпатєктомії при лічєнні болевєго синдрєма, звязанного з хронічєским панкреатитом | 192 |
| Силаєв В.Н., Лємоносєв Д.А., Токарева С.И., Лємоносєв А.Л. Особливості змінєнь центральної нервної систєми у хворих в перієдє ісхода воспєлітєльного процєсса при панкреатитє | 193 |
| Сиплівий В.О., Робєк В.И., Доцєнко В.В., Евтушенко Д.В., Евтушенко А.В. Іспєльзовєніє шкали оцєнки острєго сєпсисє для індівідуєлізовєного прєгноза течєння тяжєлої форми острєго панкреатиту | 194 |
| Ситкін С.И., Петрушін М.А., Силаєв В.Н., Бозова Е.Ю. Іспєльзовєніє длїтєльної епідуральної аналгєзії для прєопєрацієнної підготєвки хворих з хронічєским панкреатитом і звязанним болевим синдромом | 194 |
| Стукєн С.С. Хірургічєська тактика в лічєнні єхінококкоза печєні | 195 |
| Сулєймєнов С.Ф., Мірахмедєва С.С., Рауфов А.А. Коррєкція расстрєйств систєми імунїтєта у хворих хронічєским холєцістєпанкреатитом | 196 |
| Тарєсенко С.В., Натєльскїй А.А., Зайцєв О.В., Пєсков О.Д., Афтєєв В.Б., Луньков И.А. Клінічєско-єпідємієлогічєскїй аналїз мєханічєскої жєлтухи | 196 |
| Тарєсенко С.В., Кєпєйкін А.А., Рахмаєв Т.С., Нікїтїн Д.А., Луньков И.А., Бєконїна И.В., Рєдієнєвє Н.В. Опєт пункцієнно-дрєнажних спєсєбєв лічєння при острєм тяжєлом панкреатитє | 197 |
| Тарєсенко С.В., Пєсков О.Д., Соколєва С.Н., Кєпєйкін А.А., Зайцєв О.В., Афтєєв В.Б., Кузнєцов Ю.Н., Рахмаєв Т.С., Бєконїна И.В., Успєнєскєя Н.А. Тактика і хірургічєськє лічєніє при хронічєском прєксїмєльному панкреатитє, ускладнєнном мєханічєскої жєлтухє | 198 |
| Тарєсенко В.С., Дємін Д.Б., Бєсов Ф.В. Сучасні підходи до лічєння панкреонєкроза | 198 |
| Тарєсїк Л.В., Шорєх Г.П., Пєлєєв С.А., Шорєх С.Г., Кєзїк Ю.П., Нєвєров П.С. Одномєментнє рєдїкєльнє опєратївнє вмєшєтельствє в хїрургїї панкреатогєнных кровєтєчєнь | 199 |
| Тєплєковє О.В., Вїннїк Ю.С., Пєрьяновє О.В., Сєсєдовє Е.В. Оптїмїзація лєкального єтієотропного лічєння інфіцієванного панкреонєкроза | 200 |
| Тїмєрбулатєв В.М., Гарїпов Р.М., Гарїповє З.Р. Малєінвазївнє технологїє хїрургічєскої лічєння острєго дєструктївного панкреатиту | 201 |
| Трєтьєк С.И., Рацінскїй С.М., Рацінєскєя Н.Т., Бєровїк Е.А. Оцєнка якості життя у пацієнтєв, страдєючих хронічєским панкреатитом, послє вїповнєння панкреатодуоденальної резекції і ізолїрованної нєанєтомїчєскої резекції голєвки піджелудочної залєзы | 202 |
| Трєфілєвє Ю.В., Ершєвє А.И., Гуцєнскїй Л.Б. Змінення елєктрєпровєдності жєлчї у хворих бїлієрнєзєвїсїмим панкреатитом в сєчєтаннї з холєлітїєазом, ускладнєнным холєангієтом | 202 |
| Тулін А.И., Пєгодїна Е.Н., Рїбїнїєкєс Р., Стуцкє Р., Гардовєскїє Я. Вїбєр мєтєдєв лічєння хворих з єхінококкозом печєні | 203 |
| Фєдєровскїй В.В., Свїрєльщїковє Е.В. Компьютєрнє томографїє в діагностиці панкреонєкроза | 204 |
| Фїрєсовє В.Г., Паршїковє В.В., Бугровє М.Л., Яковлєвє Е.И. Дєструктївнїй панкреатит: особливості течєння патєлогічєскої процєсса на улєтраструктурном увєрнє (резулєтєты пїлотного іспєльдовєння) | 204 |

| | |
|---|-----|
| Фомин А.В., Овсяник Д.М. Значение циркулирующих эндотелиальных клеток в диагностике инфицированного панкреонекроза | 205 |
| Фомин В.С., Суворов Э.В., Евстифеев А.Ю., Смирнов Д.А. Видеолапароскопическая декомпрессия брюшной полости при остром панкреатите | 206 |
| Хилько С.С., Скоромный А.Н. Лечение печеночной недостаточности у больных с острым панкреатитом с учетом нарушений органной гемодинамики | 207 |
| Хлебников Е.П., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г. Изменения иммунной системы при операциях на печени | 207 |
| Хлебников Е.П., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреенков С.С. Микробная транслокация у больных при эхинококкэктомии печени | 208 |
| Хлебников Е.П., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреенков С.С. Микрофлора послеоперационных гнойных ран, интраабдоминальных абсцессов и других гнойных очагов в хирургии печени | 209 |
| Хлебников Е.П., Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г. Основные принципы антибактериальной терапии у больных с гнойными осложнениями в абдоминальной хирургии | 209 |
| Хлебников Е.П., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Терехова Р.П., Андреенков С.С. Резистентность госпитальной микрофлоры в хирургии печени | 210 |
| Хубутия М.Ш., Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Андрейцева О.И., Чжао А.В. Отдаленные результаты трансплантации при гепатоцеллюлярном раке | 211 |
| Чжао А.В., Ионкин Д.А., Чугунов А.О., Коваленко Ю.А., Жаворонкова О.И., Ветшева Н.Н. Применение криодеструкции при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы | 212 |
| Чжао А.В., Ионкин Д.А., Чугунов А.О., Коваленко Ю.А., Жаворонкова О.И., Ветшева Н.Н. Результаты применения криодеструкции при злокачественных новообразованиях печени | 212 |
| Чукина О.В., Щетинин Н.А., Стадников А.А., Тарасенко В.С., Волков Д.В. Экспериментально-гистологическое исследование морфогенеза печени в условиях энтеральной недостаточности | 213 |
| Чуклин С.Н., Гранат О.Б., Бигальский И.Ю. Возможности местного применения N-ацетилцистеина при остром некротическом панкреатите | 214 |
| Чуклин С.Н., Гранат О.Б., Бигальский И.Ю. Патогенез и лечение панкреатической энцефалопатии при остром некротическом панкреатите | 214 |
| Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Мыльников А.Г., Шабрин А.В. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении хронического панкреатита и его осложнений | 215 |
| Шестопалов С.С., Дольников М.Е., Рышков И.Л. Пути улучшения результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита | 216 |

**СЕКЦИЯ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

| | |
|--|-----|
| Абакшин Н.С., Медведев А.М. Оценка качества жизни больных в различные сроки после холецистэктомии | 217 |
| Абакшин Н.С., Медведев А.М. Ультразвуковая семиотика гепатопанкреатобилиарной зоны после холецистэктомии | 217 |
| Аллазаров У.А. Изменения обмена минералов при механической желтухе опухолевой этиологии .. | 218 |
| Аллазаров У.А. Хирургическая тактика при доброкачественных поражениях терминального отдела холедоха | 219 |
| Ахметов А.Д. Методика освоения холецистэктомий единым лапароскопическим доступом | 220 |
| Ахметов А.Д. Особенности клинического течения механической желтухи доброкачественного генеза у больных вирусным гепатитом | 220 |
| Ахметов А.Д. Первый опыт лапароскопической спленэктомии | 221 |
| Бобоев Б.Д., Гулахмадов А.Д. Оценка эффективности одноэтапного лапароскопического и двухэтапного эндохирургического способов лечения холецистохоледохолитиаза | 222 |
| Бозова Е.Ю. Качество жизни после внутреннего дренирования панкреатической псевдокисты методом цистогастротомии | 223 |
| Вотьев И.В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при резидуальном и рецидивном холедохолитиазе | 223 |

| | |
|--|-----|
| Гвоздев А.А., Гусев Д.В. Эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза и его влияние на онкомаркеры СА19-9 и РЭА | 224 |
| Гордиенко Е.Н. Особенности ангиогенеза и экспрессии молекул клеточной адгезии при гепатоцеллюлярном раке разной степени дифференцировки | 222 |
| Дунаевская С.С., Антюфриева Д.А. Скрининг-диагностика развития тяжелого острого панкреатита | 226 |
| Дыленок А.А., Соловьева О.Н. Опыт хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень | 226 |
| Загидова А.М. Портальная гипертензия на почве эхинококка печени | 227 |
| Зинатулин Д.Р., Фомин В.С., Трандофилов М.М., Веденеев А.А., Харламова С.А. Скрининг гепатоцеллюлярного рака | 228 |
| Ибрагимов Т.Р., Алиева Г.Р. Клинические результаты использования увлажненного и согретого газа со ₂ при лапароскопических холецистэктомиях | 229 |
| Карпова Р.В. Действие криопреципитата на клеточное звено иммунной системы у больных циррозом печени | 229 |
| Карпова Р.В. Оценка действия криопреципитата на гепатотест у больных с циррозом печени | 230 |
| Кирилюк А.А. Опыт лечения ятрогенных повреждений желчных путей и их последствий | 231 |
| Кирилюк А.А. Эндоскопическая коррекция гепатикоюноанастомоза, как путь к улучшению результатов хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков | 231 |
| Кудашкин Н.Е. Современные возможности радикального хирургического лечения больных опухолями периапулярной локализации, осложненными механической желтухой | 232 |
| Курбанова А.Р. Способ обработки дренажей, находящихся в брюшной полости при панкреонекрозе | 233 |
| Мусаев Э.М. Дифференциальная диагностика неонатальных гипербилирубинемий | 234 |
| Насибова У.А. Ремоделирование пищеварения при полном наружном отведении желчи | 234 |
| Пахомова Р.А. Прогноз развития печеночной недостаточности у больных с внепеченочным холестазом | 235 |
| Поршеников И.А. Портосистемное шунтирование у пациентов из листа ожидания трансплантации печени | 235 |
| Пучинская М.В. Опухоли поджелудочной железы у пациентов общехирургических стационаров ... | 236 |
| Пучинская М.В. Опухоли внепеченочных желчевыводящих путей у пациентов общехирургического стационара | 237 |
| Пучинская М. В. Частота встречаемости и структура опухолей внепеченочных желчных протоков по данным минского городского клинического онкологического диспансера | 238 |
| Робак В.И., Евтушенко Д.В. Маркеры инфицированного панкреонекроза и поражения забрюшинной клетчатки | 239 |
| Слободяник А.В. КТ-волюметрия печени и тест элиминации индоцианового зеленого при планировании резекций печени | 239 |
| Стрижков Н.А. Морфология печени в аспекте прогнозирования результатов хирургического лечения больных с циррозом печени и портальной гипертензией | 240 |
| Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М. Результаты оперативного лечения альвеококкоза печени | 241 |
| Хайс С.Л., Назаров А.В., Никитин М.К. Профилактика интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени у больных с метастазами колоректального рака | 242 |
| Харламова Т.Б. Оценка эффективности различных методов лечения хронического панкреатита по данным мультиспиральной компьютерной томографии | 243 |
| Хлебникова Ю.А. Хирургическая коррекция ятрогенных повреждений желчных протоков | 243 |
| Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В. Возможности использования лазера при интраоперационной антеградной холедохоскопии в лечении стеноза большого дуоденального сосочка доброкачественной этиологии | 244 |
| Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В. Применение лазера в лечении холедохолитиаза | 245 |
| Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В. Холецистэктомия через единый лапароскопический доступ | 246 |
| Шахбазян О.Г. Новый взгляд на проблему дренирования билиарного тракта у онкологических больных на основе ультраструктурных изменений гепатоцитов | 247 |
| Юлдашев Р.З. Почечная флебогипертензия после спленоренального шунтирования у детей с внепеченочной портальной гипертензией | 247 |

| | |
|--|-----|
| <i>Ярош А.Л., Солошенко А.В., Битенская Е.П.</i> Инновационные подходы при лечении холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста | 248 |
| <i>Яшинов А.А., Ханина Ю.С.</i> Оценка роли <i>Helicobacter pylori</i> при желчнокаменной болезни | 249 |

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ГЕПАТОЛОГИИ

| | |
|---|-----|
| <i>Апарцин К.А., Григорьев Е.Г.</i> Перспективы трансляционных исследований в Иркутском Научном центре | 250 |
| <i>Боровский Г.Б., Пивоваров Ю.И., Курильская Т.Е., Сергеева А.С., Бабушкина И.В., Богородская С.Л., Бадурев Б.К., Войников В.К.</i> Защитный эффект трансплантации ядер клеток неонатальной печени на модели острого токсического гепатита | 250 |
| <i>Костыро Я.А., Станкевич В.К., Трофимов Б.А.</i> Перспективы разработки и применения в медицинской практике препаратов на основе солей сульфатированного арабиногалактана | 251 |
| <i>Лепехова С.А., Апарцин К.А., Гольдберг О.А.</i> Перспективы коррекции острой печеночной недостаточности ксенотрансплантацией клеток | 252 |
| <i>Судаков Н.П., Клименков И.В., Гольдберг О.А., Никифоров С.Б., Пушкарев Б.Г., Лепехова С.А., Константинов Ю.М.</i> Митохондриальная недостаточность клеток печени при дислипотеидемии: перспективы прогнозирования и диагностики | 253 |
| <i>Сухов Б.Г., Трофимов Б.А.</i> гепатотропные нанобиокомпозиты с повышенным откликом на внешнее воздействие для мало- или неинвазивной лучевой визуальной диагностики и терапии | 254 |
| <i>Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Чеснокова М.В., Климов В.Т.</i> Факторы патогенности возбудителя и поражение печени при псевдотуберкулезе | 255 |

