Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Материалы XXIV Международного Конгресса
Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

19–22 сентября 2017, Санкт-Петербург

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]: ПОД РЕДАКЦИЕЙ
В.А. Вишневского, С.Ф. Багненко, Ю.А. Степановой

© ФГБУ ИХ Вишневского, 2017
© ФГБОУ ВО ПСПбГМУ, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО «Альта Астра», оформление, 2017

ISBN 978-5-905498-74-9

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Институт хирургии им. А. В. Вишневского

Санкт-Петербург
2017

УДК ??
ББК ??

Материалы XXIV Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», Санкт-Петербург, 19-22 сентября 2017 г. [Электронное издание]: под ред. Вишневского В.А., Багненко С.Ф., Степановой Ю.А. – СПб.: Альта Астра, 2017. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-74-9.

Редакционная коллегия:
???

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Альта Астра», 191024, Санкт-Петербург,
Старорусская ул., д. 8А, тел./факс: (812) 386-38-31,
e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Сдано в набор 11.09.2017, подписано 14.09.2017
Гарнитура «Калибри», формат 60×84 1/8, ___ стр.
Объем __ Mb
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж ___ экз.

ISBN 978-5-905498-74-9

© ФГБУ ИХ Вишневского, 2017
© ФГБОУ ВО ПСПбГМУ, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО “Альта Астра”, оформление, 2017

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЛУЧШИЙ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫЙ АНАСТОМОЗ?

Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Жвитиашвили И.Д., Прохоренко Т.И.

ФГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, Смоленск, Россия
«ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

Цель исследования: уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) путем совершенствования техники формирования панкреатодигестивного анастомоза (ПДА).

Материалы и методы. Была выполнена 161 ПДР (классическая операция Whipple – 84, пилоросохраняющий вариант операции – 77), мужчин было 68,2%, женщин – 31,8%. Средний возраст составил 54,3±9,3 лет. Из 140 случаев периампулярных опухолей всего, рак поджелудочной железы встречался в 87 (62,2%), ампулярный рак – 30 (21,4%), рак дистального отдела общего желчного протока – 16 (11,4%), рак двенадцатиперстной кишки – 7 (5%). Хронический панкреатит встречался у 21 пациента. Традиционная ПДР была выполнена в 112 (69,6%) случаях, расширенная – в 49 (30,4%). Частота резекции венозного мезентерико-портального сегмента – 13% (21). Циркулярная резекция венозного мезентерико-портального сегмента выполнена в 14 случаях, боковая – в 4, резекция с протезированием – в 3 случая. Пластика верхней брыжеечной артерии выполнена в 1 случае. Ретроспективно анализировали ближайшие результаты различных видов ПДА. На начальном этапе применяли три методики формирования панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) (n=63): «конец-в-конец» – 23, «конец-в-бок» – 23, “duct-to-mucosa” – 17. Довольно высокая частота развития панкреатической фистулы (ПФ) – 22,2% в группе ПЕА заставила использовать наружную панкреатикостому (n=15). В дальнейшем разработан и успешно внедрен оригинальный панкреатогастроанастмоз (ПГА) n=76: инвагинационный – 45, методика «duct-to-mucosa» применена у 31 пациента. В 2016 г. внедрена методика ПЕА типа Blumgart (n=6). Исследованы факторы риска панкреатической фистулы (ПФ): нозологическая форма, консистенция поджелудочной железы, диаметр главного панкреатического протока, применение сандостатина, способ формирования ПДА (ПЕА или ПГА). Исследовано и анализировано 2 группы пациентов (n=139). Контрольная группа состояла из пациентов 63 (45,3%) пациентов с ПЕА, основная группа состояла из 76 (54,7%) пациентов с ПГА. Сандостатин применяли в 74 случаях. Для анализа данных использовался уни-и мультивариантный анализы с определением доверительного интервала и критерия достоверности p (≤0,05).

Результаты. Ппослеоперационные осложнения встречались у 69 (42,8%) больных, ПФ встречалась в 15 (9,3%) случаях (stage A – 4, stage B – 5, stage C – 6). Несостоятельность ПЕА – 14 (22,2%), несостоятельность ПГА – 2 (2,6%). В группе пациентов с ПЕА послеоперационные осложнения и летальность встречались в 47 (74,6%) и 9 (14,3%) случаях, в группе ПГА – 22 (28,9%) и 2 (2,6%) соответственно. В последней серии из 69 ПДР летальность отсутствовала. Мультивариантный анализ выявил, что диаметр главного панкреатического протока (p=0,035671) в обратной зависимости связан с частотой развития ПФ, а также использование ПГА (p=0,007339) достоверно снижало риск ПФ. В группе (n=6) ПЕА по методике Blumgart отмечалось одно осложнение – острое жидкостное скопление, купированное пункционно-аспирационным методом.

Заключение. ПГА является надежным и безопасным способом на реконструктивном этапе ПДР. С использованием ПГА уровень послеоперационных осложнений и летальность удалось снизить до 28,9% и 2,6% соответственно. Получены обнадеживающие результаты первого опыта применения ПЕА по Blumgart. Данная методика требует дальнейшего изучения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВАРИКСОВ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Адылова Г.С., Шохайдаров Ш.И., Сангинов Ш.А., Юлдош Ф.Ю.

АО Республиканский специализированный научно-практический медицинскийцентр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: охарактеризовать особенности эндоскопической картины и риска кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка у детей с различными типами поражением системы воротной вены при внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ)

Материал и методы. За период с 2012 по 2017 гг, обследованы 86 детей с ВПГ. В порядке предоперационного обследования выполнены: МСКТ/МРТ ангиография абдоминального отдела аорты в артериальную и портальную-венозные фазы. По результатам ангиографического исследования определены 4 типа поражения системы воротной вены (СВВ) при ВПГ у детей. Эндоскопическое исследования выполнено всем пациентам. Балловая оценка выраженности и риск кровотечения из варикозных вен пищевода (ВРВП) выполнены по критериям, предложенным Dagradi и Alvares (1971). Кроме того, определены варикозные вены желудка по Sarin S.K. (1992), портально-гипертензионная гастропатия (ПГГ).

Результаты. По данным ангиографического исследования выделены четыре типа блокады СВВ: у 52 (60%) больных выявлен I тип – блокада внутрипеченочных ветвей воротной вены; у 20 (23%) пациентов – II тип – тромбоз ствола воротной вены; распространение тромбоза на ствол селезеночной вены – III тип – у 5 (6%) детей; флеботромбоз системы воротной вены (СВВ) с распространением на селезеночную вену и мезентериальный бассейн– IV тип отмечен у 9 (11%) больных с ВПГ. Средний возраст пациентов в соответствующих группах был следующим: I тип – 8,78±0,59; II тип – 8,57±0,91; III тип – 9,06±1,03 и у детей с IV типом поражения – 9,8±1,17.

По данным эндоскопического исследования во всех анализируемых группах выявлена средняя степень выраженность и риск кровотечения из ВРВП, однако у детей с III и IV типом поражения СВВ отмечен более высокий риск кровотечения из ВРВП, что так же отражалось на клинической манифестации заболевания. У детей с III и IV типами поражения в 100% случаях в анамнезе отмечены эпизоды геморрагий из ВРВП. Тогда как дети с I и II типами поражения СВВ имели эпизоды кровотечения из ВРВП в 77 и 65% случаев соответственно. При I, III и IV типах поражения СВВ примерно с равной частотой (75-80%) выявлены варикозно расширенная вены GOV I по Sarin S.K. При II типе поражения СВВ GOV I выявлен у 45% пациентов. У детей с распространенным флеботромбозом СВВ (IV тип) в 11% случаев выявлен GOV II типа. Первая степень ПГГ выявлена у 6% пациентов с I типом поражения СВВ, и у 11% с IV типом. Только у одного пациента с II типом поражения выявлена II степень ПГГ.

Заключение. Анализ поражения СВВ при ВПГ в возрастных группах показал отчетливую тенденцию к распространению флеботромботического поражения от ворот печени в направлении селезеночной и верхнебрыжеечной вен. У детей в возрасте от 3 х до 11 лет чаще выявлялись I и II типы блокады СВВ, тогда как у детей более старшего возраста – III и IV типы блокады ВВ. Наиболее разнообразная эндоскопическая картина и эквивалентная ей манифестация клинических проявлений отмечены у детей с III и IV типами блокады СВВ.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИН-6 В ЖЕЛЧИ И КРОВИ ПРИ ОПУХОЛЯХ БИЛИПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Арипова Н.У., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Экспериментальные и клинические исследования показали повышение уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6) в плазме крови и других цитокинов при обструктивной желтухе. По некоторым данным, у больных с опухолями комбинация стойкого увеличения цитокинов и удлиненной острой фазы ответа ассоциируется со снижением протеиновой калории, приводящим к осложнениям и смерти.

Анализ цитокина ИЛ-6 в биологических жидкостях при первичном раке общего желчного протока является основным маркером в диагностике и определении активности опухолевого процесса, а также эндогенной интоксикации.

Исследовано 41 больных в возрасте от 33 до 84 лет, (62,8±2,14), из них 26 (63,4%) мужчин и 15 (36,6%) женщин. Длительность желтушного периода к моменту поступления в стационар составила в среднем 28,7±2,18 дня. При этом у 6 (14,6%) больных продолжительность холестаза составила до 15 дней, у 10 (24,4%) – от 15 до 30 дней, у 25 (61,0%) – более 1 месяца. Причиной механической желтухи (МЖ) была опухоль головки поджелудочной железы у 25 (61,0%) больных, опухоль ворот печени – у 10 (24,4%), – опухоль терминального отдела холедоха – у 2 (4,9%), рак фатерова сосочка – у 4 (9,8%). Всем больным, независимо от локализации опухолевого процесса выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС). Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови и желчи определяли иммуноферментным методом (набор производства Вектор-Best, Новосибирск, Россия).

Результаты. Концентрация ИЛ-6 до наложения ЧЧХС в сыворотке крови была выше нормы, в среднем составляя 152,65±16,3 пг/мл. Высокое содержание ИЛ-6 в сыворотке крови и желчи свидетельствовало о выраженной эндогенной интоксикации организма. Сразу после наложения ЧЧХС в желчи этот показатель в среднем был равен 68,58±7,24 пг/мл. Концентрация ИЛ-6 в начальные сутки после наложения ЧЧХС в сыворотке крови снизилась до 32,9%. В последующие сутки этот показатель оставался практически без динамики, но на 6-е сутки наблюдения отмечалось некоторое увеличение его в крови. В желчи в эти же сроки концентрация ИЛ-6 снизилась на 17,1%. Эти показатели оставались практически без изменений до 6-ти суток наблюдения. На 14-е сутки снижение уровня ИЛ-6 в крови, в сравнении с исходным, составлял 64,4%, а в желчи 54,3%.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Баймаханов Ж.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Серикулы Е., Скакбаев А.С., Нурланбаев Е.К.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение билиарных осложнений после трансплантации печени.

Материалы и методы. В период с декабря 2011 по январь 2017 гг. в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени выполнено 81 различных вариантов трансплантации печени от посмертного 12 (14,8%) и живого донора 69 (85,2%). Пациенты разделены были на 2 группы: 1) реципиенты с одним желчным протоком трансплантата-простой (simple) – 76 (93,2%) случаев; 2) реципиенты с 2-мя и более желчными протоками трансплантата (multi) – 5 (6,8%) случаев. Пациенты после трансплантации печени в зависимости от типа билиарного анастомоза, разделены на 3 вида: билио-билиарный анастомоз – 66 (81,5%); холангиоеюноанастомоз – 13 (16,5%); комбинированная – (билио-билиарный и холангиоеюноанастомоз на одном реципиенте) 2 (2,5%) случаев.

В послеоперационном периоде билиарные осложнения наблюдали у 16 (19,8%) пациентов.

При сравнительном анализе, в группе, где использовали каркасный дренаж 33 (40,7%) случая, из них 4 (12,1%) стриктуры, ранние стриктуры (до 2-х месяцев) – 1 (3,03%), –поздние стриктуры (позднее 2-х месяцев) – 3 (9,09%) пациента.

Без использования каркасного дренажа – 33 (40,7%), стриктуры – 10 (30,3%) (ранние стриктуры (до 2-х месяцев) – 5 (15,2%) человек, поздние стриктуры (после 2-х месяцев) – 5 (15,2%) пациентов.

Результаты. Для коррекции билиарных стриктур выполняли эндобилиарные стентирования у 7 (8,6%) пациентов. После неэффективности эндобилиарного стентирования 3 (18,8%) пациентам выполнен холангиоеюноанастомоз, при этом эффективность эндобилиарного стентирования наблюдалось у 4 (25%) пациентов. Чрезкожно– чреспеченочную холангиостомию выполняли у 2 (12,5%) пациентов. Холангиоеюноанастомоз в 16 (19,8%) случаях, из них холангиоеюноанастомоз выполнен первично 13 (16,04%) пациентам, вторично – в 3 (18,8%) случаях после неэффективности эндобилиарного стентирования. Летальные исходы – 14 (17,3%), из них связанных с билиарными осложнениями 4 (28,6%) случая.

Выводы. Использования каркасных дренажей, так как при одинаковом количестве пациентов в группах, билиарные осложнения вдвое меньше в группе с использованием каркасного дренажа. Билио-билиарные анастомозы при двух и более протоках (multi), билиарные осложнения в три раза больше чем при простом (simple).

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ИНСУЛИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Берелавичус С.В., Горин Д.С., Дугарова Р.С., Калдаров А.Р., Кригер А.Г.

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

Актуальность. Инсулиномы – наиболее распространенные гормонально–активные нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НЭО ПЖ), которые вызывают развитие органического гиперинсулинизма (ОГ). Радикальным методом лечения НЭО ПЖ является хирургический. В случаях, когда оперативное лечение сопряжено с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений, возможно применение миниинвазивных методов лечения, одним из которых является микроволновая абляция (МВА).

Представляем клиническое наблюдение. В июне 2016 г. был госпитализирован пациент К., 27 лет, с жалобами на приступы слабости, судорожные припадки, ухудшение памяти и внимания, эпизоды потери сознания, в т.ч. дважды эпизоды гипогликемического сна, продолжительностью двое суток. Впервые зафиксирован уровень гликемии 2,4 ммоль/л в 2007 году. В течение 9 лет наблюдался неврологом по месту жительства, с диагнозом – криптогенная эпилепсия с припадками на фоне гипогликемии. Гипогликемию корригировал самостоятельно приемом высокоуглеводной пищи. При повторном обследовании через 9 лет после первого приступа при МРТ головного мозга обнаружена кистозная опухоль кармана Ратке, при КТ брюшной полости в крючковидном отростке ПЖ выявлена гиперконтрастная опухоль 15х14 мм на расстоянии 3 мм от панкреатического протока. При 72-часовой голодовой пробе отмечено снижение глюкозы до 1,2 ммоль/л, с-пептид – 2,3 нг/мл, инсулин – 6,1 мкЕ/мл. При АСЗК максимальный выброс инсулина и с-пептида из зоны стимуляции верхней брыжеечной артерии. Учитывая неизмененную паренхиму ПЖ, интрапаренхиматозное расположение инсулиномы и её предлежание к панкреатическому протоку имелся высокий риск возникновения послеоперационных осложнений, поэтому от «традиционного» резекционного вмешательства решено воздержаться. Решено выполнить микроволновую абляцию опухоли. Во время операции установлено, что опухоль диаметром 13 мм (по данным ИОУЗИ) расположена в глубине паренхимы головки ПЖ и прилежит к верхней брыжеечной вене, что не позволяет обеспечить пункцию и абляцию без мобилизации ПЖ. Произведена мобилизация перешейка, воротная и верхняя брыжеечная вены отделены от головки и крючковидного отростка, что обеспечило безопасную трассу проведения микроволновой антенны электрода. Под контролем УЗИ дистальный конец абляционной антенны 16G (MedWaves) введен в опухоль и проихведена деструкция ее ткани.

После абляции в течение первых 2 часов уровень глюкозы в сыворотке крови повысился до 10,2 ммоль/л. Послеоперационный период осложнился формированием полного наружного панкреатического

свища. Выписан в удовлетворительном состоянии с панкреатическим свищом с дебитом панкреатического сока до 1000 мл в сутки. Панкреатический свищ закрылся самостоятельно на 61-е сутки. Через 6 месяцев после операции при КТ брюшной полости обнаружена панкреатическая гипертензия, свободной жидкости в брюшной полости нет. На протяжении года после операции эпизодов гипогликемии не наблюдали.

Заключение. МВА перспективный и эффективный метод лечения гормонально-активных НЭО ПЖ для пациентов с высоким риском развития послеоперационных осложнений при выполнении традиционных оперативных вмешательств. Однако МВА требует дополнительного изучения и определения оптимальных точек приложения в хирургическом лечении инсулином поджелудочной железы.

ВОЗМОЖНОСТИ МОДУЛИРОВАНИЯ ГОМЕОКИНЕЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Власов А.П., Катков С.В., Муратова Т.А., Власов П.А., Шейранов Н.С., Болушев П.О.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Одним из факторов, влияющих на состояние гомеокинеза, является перекисное окисление липидов, то можно предположить наличие у лекарственных средств, обладающих антиоксидантным эффектом, способность влиять на многие показатели гомеостаза, причем не только на организменном, но и органном уровнях. Нами оценено действие мексидола на состояние гуморального и тканевого компонентов системы свертывания крови, перекисное окисление липидов, фосфолипазную активность в крови и тканях поджелудочной железы при остром панкреатите.

Материалы и методы. Проведены экспериментальные и клинико-лабораторные исследования на 26 собаках. В контрольной серии опытов (n=12 (46,2%) при остром панкреатите (модель Буянова В.М. с соавт.) в крови и тканях поджелудочной железы в динамике изучено состояние системы гемостаза, интенсивность перекисного окисления липидов, фосфолипазная активность. В опытной группе (n=14 (53,8%) такого рода исследования проведены на фоне мексидола (50 мг/кг).

Результаты. При выбранной модели возникал очаговый панкреонекроз. Диагностированы выраженные расстройства по системе гемостаза, выражающиеся в гиперкоагулемии, снижении антикоагулянтной активности и угнетении фибринолиза. В крови и тканях органа поражения также отмечена активизация липопероксидации и фосфолипаз.

Применение мексидола в опытной группе приводило к уменьшению выраженности некротических процессов в поджелудочной железе и сопровождалось коррекцией ряда показателей гомеостаза. Время свертывания крови по сравнению с контролем удлинялось на 8-12% ($p<0,05$). Время рекальцификации плазмы во все сроки наблюдения по сравнению с контролем было удлинено более чем на 23% ($p<0,05$). Каолиновое время плазмы через сутки сохранялось укороченным и также было сопоставимо с контролем, а в следующие сроки (3 и 5 суток) достигало исходных цифр. С экстрактом тканей поджелудочной железы значение этого показателя через сутки было сопоставимо с контрольными данными, а через 3 суток заметно удлинялось на 18% ($p<0,05$). Толерантность плазмы к гепарину через сутки была сопоставима с контрольной группой. Однако, в следующие сроки она достоверно возрастала на 19-24%. Экстракт через сутки увеличивал толерантность плазмы к гепарину на 9% ($p<0,05$), а через 3 суток – на 15% ($p<0,05$). Эуглобулиновый фибринолиз через сутки был активнее на 12% ($p<0,05$), а через 3 и 5 суток – на 15 и 18%. С экстрактом брюшины через сутки он был аналогичен контролю, через трое – выше на 13% ($p<0,05$), а через 5 суток – достигал нормы.

Под влиянием мексидола в тканях органа и плазме крови выявлялось снижение содержания молекулярных продуктов ПОЛ и снижение активности фосфолипазы А2.

В клинике у больных тяжелым панкреатитом (n=24) включение мексидола в терапию панкреатита также приводило к существенному положительному клинико-лабораторному эффекту, в том числе по отношению исследованных показателей гомеокинеза.

Заключение. Применение антиоксиданта при остром панкреатите приводит к коррекции гомеостаза, причем как на организменном, так и органном уровне. Заметное влияние препарата обнаруживается уже в первые сутки после применения, что определяет его важную способность влиять на триггерные механизмы патологии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ХИРУРГИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Шабалин М.В., Рудаков В.С.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: определить показания и изучить результаты применения лапароскопических резекций печени и поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России с помощью лапароскопических методик выполнено 56 резекций печени (атипичных и анатомических резекций – 28, левосторонних латеральных секционэктомий – 15, правосторонних – 8, левосторонних гемигепатэктомий – 5 и 39 вмешательств на ПЖ (дистальных спленопанкреатэктомий – 24, спленосохранная корпрокаудальная резекция ПЖ – 1, энуклеаций – 15). Показаниями к резекции печени являлись доброкачественные опухоли и кисты печени, гепатоцеллюлярная карцинома без цирроза печени и на фоне цирроза печени, холангиоцеллюлярная карцинома, метастазы колоректального рака, неколоректальные метастазы. Показаниями к резекции ПЖ являлись протоковая аденокарцинома, нейроэндокринные опухоли, метастазы рака почки, цистаденома, инсулинома.

Резекцию паренхимы печени выполняли аппаратоми Harmonic, Enseal, LigaSure, клипирование крупных сосудов выполняли аппаратом Hemalock. Резекцию ПЖ и прошивание культи выполняли аппаратом Eshelon.

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений после лапароскопических вмешательств на печени составила 8,9% (I – 5,3%; II – 1,8%; IIIa – 1,8% – по Clavien-Dindo). Частота послеоперационной печеночной недостаточности (ISGLS, 2011) составила 1,8%. Частота билиарных осложнений (ISGLS, 2011) составила 5,4%, Grade A – 3,6%, Grade B – 1,8%. Раневых осложнений не наблюдали (при открытых операциях частота раневых осложнений – 8,4%). Послеоперационный койко-день составил 7 (5-15) койко-дней и был значимо ниже по сравнению со стандартными вмешательствами (11 (7-24) койко-дней). Госпитальной летальности не было.

Общая частота послеоперационных осложнений после лапароскопических вмешательств на ПЖ составила 7,7% (I – 5,1%, IIIa – 2,6% – по Clavien-Dindo). Частота послеоперационных свищей (ISGPF, 2005) составила 5,1%, Grade A – 2,6%, Grade B – 2,6% (при открытых вмешательствах – Grade A составляет 14,2%, Grade B – 16,5%). Раневых осложнений не наблюдали (при открытых операциях частота раневых осложнений – 10-12%). Послеоперационный койко-день составил 8 (4-18) койко-дней и был значимо ниже по сравнению со стандартными вмешательствами (13 (7-22) койко-дней). Госпитальной летальности не было.

Заключение. Использование лапароскопических технологии в хирургии печени и поджелудочной железы сопровождается значимым снижением общей частоты послеоперационных осложнений, ускорением реабилитации больных, уменьшением послеоперационного койко-дня, отсутствием влияния на частоту специфических осложнений и госпитальную летальность.

Однако, применение лапароскопических технологий ограничено при очаговых образованиях больших размеров задних сегментов печени, центральной локализации, расположенных в непосредственной близости от магистральных сосудов и тем более их инвазии, гигантских опухолях печени, а также билобарном поражении и повторных резекциях печени. Наиболее оптимальным может быть применение лапароскопических технологий у больных с очаговыми образованиями передних сегментов печени, левого латерального сектора, правой или левой долей печени интрапаренхиматозного залегания, но без компрессии магистральных сосудов в зоне транссекции паренхимы, пациенты с фоновым циррозом печени и возможностью выполнения малых резекций лапароскопическим доступом. А лапароскопические технологии в хирургии ПЖ следует применять при корпорокаудальной резекции ПЖ или энуклеации (кроме случаев местнораспространенного процесса, инвазии магистральных сосудов).

НОВАЯ СТРАТЕГИЯ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Воеводин А.Л., Щербин В.В., Журбин А.С., Светлакова Д.С., Мальцева А.П.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: разработать и оценить новые современные технологии, технические возможности и результаты хирургического лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. 107 пациентов с альвеококкозом печени были прооперированы в Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России в период с декабря 2011 по май 2017 гг. Более 70% пациентов имели в анамнезе нерадикальное хирургическое лечение. 23 пациента (26,4%) при поступлении имели механическую желтуху. У 51 пациента (58,6%) выявлена паразитарная инвазия в соседние структуры и органы. 18 пациентам были выполнены стандартные резекции печени (анатомические резекции, расширенные гемигепатэктомии). У 89 пациентов были применены трансплантационные технологии: 23 трансплантации правой доли печени от живого родственного донора, 2 трансплантации печени от трупного донора, 21 нормотермическия резекция печени в варианте ex situ in vivo, 1 экстракорпоральная гипотермическая расширенная резекция печени и аутотрансплантация печени в варианте ex vivo (ex situ ex vivo), 36 расширенных резекций печени с резекцией магистральных сосудов (нижняя полая вена, печеночные вены, воротная вена, печеночная артерия), 6 расширенных резекций печени по методике ALPPS (Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy), из них 3 – с резекцией и пластикой воротной вены. Пластику магистральных сосудов, в том числе нижней полой вены, при невозможности выполнения аутопластики, производили с помощью синтетических PTFE-кондуитов, при необходимости резекции правого предсердия выполняли правопредсердно-кавальное протезирование PTFE-кондуитами. Все операции были выполнены в варианте R0. В послеоперационном периоде все пациенты принимали Альбендазол в течение 6-12 месяцев.

Результаты. Резектабельность составила 100%. Общая частота послеоперационных осложнений составила 31,7%. Общая частота осложнений после трансплантации печени составила 35,0%, после аутотрансплантации печени – 38,5%, после резекции печени с резекцией магистральных сосудов – 27,9%, после расширенных резекций печени – 21,4%, после ALPPS – 50,0%. У пациентки после гипотермической экстракорпоральной резекции печени с аутотрансплантацией сегмента печени (в варианте ex situ ex vivo) послеоперационных осложнений не наблюдали. Наиболее часто встречающимися послеоперационными осложнениями являлись билиарные осложнения (Grade A,B (ISGLS, 2011)) – 23,8%, пострезекционная печеночная недостаточность (Grade A,B (ISGLS, 2011)) – 15,2%. Общая госпитальная летальность составила 2,8%. Отдаленная выживаемость составила 100%. Медиана выживаемости составила 26 месяцев. Максимальный период наблюдения 69 месяцев. Безрецидивная выживаемость составила 97,2%. Медиана безрецидивной выживаемости составила 24 месяца.

Заключение. Благодаря разработанным и внедренным трансплантационным технологиям хирургического лечения альвеококкоза печени, в настоящее время практически нивелируется понятие неоперабельности альвеококкоза печени. Использование трансплантационных технологий в хирургии печени, с резекицей магистральных сосудов, в том числе с резекцией нижней полой вены и правого предсердия может быть единственным радикальным методом лечения и признано важной новой хирургической стратегией в лечении альвеококкоза печени и позволяет обеспечить удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных. Отличные непосредственные и отдаленные результаты радикального хирургического лечения альвеококкоза печени с использованием трансплантационных технологий диктуют целесообразность концентрации пациентов альвеококкоза в специализированных гепатобилиарных центрах с большим опытом проведения расширенных резекций и трансплантаций печени.

ПЕРВАЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДОНОРСКАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Шабалин М.В., Найденов Е.В., Рудаков В.С., Светлакова Д.С., Дондоков С.Н.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

04 мая 2017 года в ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России» впервые в РФ выполнена лапароскопическая донорская правосторонняя гемигепатэктомия.

Приводим данные клинического наблюдения. Пациентка К., 29 лет, поступила в клинику в качестве потенциального родственного донора фрагмента печени. Рост – 150 см, вес – 48 кг, ИМТ=21,33 кг/м^2, окружность грудной клетки – 72 см, окружность живота – 68 см. По данным КТ: размер правой доли печени 150 мм, объем паренхимы 896 мл, объем правой доли 596 мл. Ветви левой печеночной артерии отходят от чревного ствола и от левой желудочной артерии; правая печеночная артерия (ППА) отходит от верхней брыжеечной артерии (ВБА); пузырная артерия отходит от ВБА; диаметр воротной вены (ВВ) – 10 мм; левая и средняя печеночные вены совместно впадают в нижнюю полую вену (НПВ), в левую печеночную вену впадают две ветви (3 мм), дренирующие S8, и две ветви (3 мм) от S5, диаметр средней печеночной вены 7 мм, диаметр правой печеночной вены 9 мм; ветвь (4 мм) от S7 впадает в НПВ; три ветви (4, 7 и 8 мм) от S7,5,6 впадают в НПВ. Индекс отношения трансплантата к массе тела реципиента (DRBW) – 1,1%.

Пациентка обследована по программе подготовки родственных доноров к операции. Принято решение о трансплантации правой доли печени реципиенту (сестре) с диагнозом: Цирроз печени в исходе аутоимумунного гепатита, класс С (Чайл-Пью), MELD 28.

Ход операции. Было установлены 7 троакаров. Мобилизована правая доля печени, выделены три крупные добавочные вены Макуучи от S6,7,8 печени. Выделены элементы гепатодуоденальной связки. Временно наложены зажимы на праводолевую ветвь ВВ и ППА, визуализирована линия Rex-Cantle, намечена линия резекции печени. Транссекцию паренхимы печени производили правее проекции срединной вены с ее сохранением с помощью ультразвукового диссектора HARMONIC, электрохирургического скальпеля Enseal G2, аппарата LigaSure. Сосудисто-секреторные элементы клипировали и рассекали по линии транссекции паренхимы печени при сохраненном кровообращении. Пересечен правый печеночный проток. Клипированы правая ветвь ВВ и ППА, пересечены. Добавочные вены от S6,7,8 печени клипированы, пересечены. Правая печеночная вена пересечена с помощью сшивающего аппарата Echelon, извлечена через разрез в правой подвздошной области длиной 8 см и передана для консервации.

Длительность операции составила 545 минут. Кровопотеря – 850 мл.

На этапе “back table” выполнена сложная реконструкция сосудов трансплантата – при помощи заплаты из ВВ реципиента сформирована единая площадка между правой печеночной веной и двумя венами от 7 и 8 сегментов печени. При имплантации донорской печени, сформированы гепатикокавальные анастомозы между площадкой из трех вен и НПВ и изолированный кавальный отток от 6 сегмента в НПВ.

Реконструкция желчных протоков выполнена по типу бигепатикоэнтеростомии по Ру.

Послеоперационный период протекал без серьезных особенностей. Пациентка на 1 послеоперационные сутки переведена из отделения реанимации в хирургический стационар. На 11 послеоперационные сутки пациентка выписана из стационара.

Заключение. Данный случай демонстрирует возможность выполнения донорской правосторонней гемигепатэктомии при сохраненном кровоснабжении полностью лапароскопическим доступом. С целью необходимого уровня донорской безопасности лапароскопическая технология изъятия правой доли печени требует тщательной селекции пациентов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ

Гарелик П.В., Могилевец Э.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Общим ключевым фактором патогенеза цирроза печени является повреждение гепатоцитов с развитием некроза паренхимы. В результате ретикулиновый матрикс теряет свою форму, формируется соединительная ткань. Перспективной областью применения лазерной фототерапии согласно ряду исследований является воздействие на процессы ремоделирования соединительной ткани.

Целью исслдеования была оценка изменения морфологической картины печени при CCl4-индуцированном циррозе под влиянием фотодинамической терапии.

В модели эксперимента использованы 44 белые крысы-самцы массой 180-220 г. Проводилось моделирование развития цирроза печени с помощью четыреххлористого углерода (CCl4). На следующий день после последнего введения CCl4 крысам основной группы внутривенно (в хвостовую вену) вводили «Фотолон» в дозе 3,0 мг/кг, через 3 часа после введения препарата проводят сеанс лазерного облучения печени в дозе 10 Дж/см^2 с длиной волны 670 нм. На данный способ коррекции регенерации печени оформлена заявка на выдачу патента на изобретение.

После выведения животных из эксперимента забиралась ткань печени. Кусочки печени фиксировали в 10% нейтральном формалине (для заключения в парафин). Парафиновые срезы толщиной 7-10 мкм окрашивались: гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону и методу Малори для выявления волокнистой соединительной ткани.

При моделировании цирроза на протяжении 6 месяцев установлено увеличение средней площади гепатоцитов на 64,4%.

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ

Горин Д.С., Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Раевская М.Б., Захарова М.А.

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

Введение. Современные достижения методов диагностики и оперативной техники позволили снизить показатели периоперационной летальности в хирургической панкреатологии. Тем не менее, количество послеоперационных осложнений остается высоким, достигая 38-50%. Одним из путей улучшения и адекватной оценки результатов лечения больных является стандартизация их периоперационного ведения.

Материалы и методы. В ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» разработан и внедрен в практику протокол периоперационного ведения больных в рамках программы ускоренной реабилитации больных (ERAS). С января 2014 по апрель 2017 г. на базе 1 абдоминального отделения выполнено 128 панкреатодуоденальных резекций (ПДР) по поводу опухолей – (106 (82,8%) и осложненных форм хронического панкреатита (22 (17,2%). Традиционным доступом оперировано 111 (86%), робот-ассистированно – 17 (14%). Мобилизационный этап и объем лимфодиссекции при злокачественных опухолях не зависел от применяемого доступа.

Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 процентилей Me (25p;75p).

Результаты. Продолжительность РА ПДР составила 408 (368; 511) мин, открытых – 290 (250; 350) мин; средняя кровопотеря не различалась для Тр и РА ПДР и составила 250 (200; 400) и 225 (138; 500) мл соответственно; послеоперационный койко-день составил 16 (12; 22) суток после открытых вмешательств и 15,5 (14; 21) после роботических. Назначение опиоидных анальгетиков в РА группе потребовалось не всем

(73%) больным; средняя продолжительность их назначения была ниже, чем в открытой группе – 0,9 суток и 1,7 суток соответственно. Специфичеческие осложнения классифицированы по ISGPS. По возникновению специфических осложнений в двух группах достоверных различий не выявлено. В послеоперационном периоде у 31 (24%) пациентов имелись наружные панкреатические свищи, тип А – 18 (14%), тип В – 13 (10%); у 18 пациентов на фоне панкреатита и панкреатического свища имелся гастростаз и у 14 больных – аррозионное внутрибрюшное кровотечение, которое потребовало повторного оперативного вмешательства. У больных, перенесших традиционные вмешательства, отмечены характерные для «открытой» хирургии осложнения: нагноения послеоперационной раны в 22 наблюдениях, подкожная эвентрация – 4, ранняя спаечная кишечная непроходимость в одном наблюдении.

Заключение. Выполнение панкреатодуоденальной резекции требует унифицированного подхода с всесторонней оценкой периоперационных рисков. Введение протокола периоперационного ведения больных направлено на снижение количества специфических и неспецифических осложнений, а также позволяет адекватно оценить результаты лечения.

СПЛИТ-ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ: ОТБОР ДОНОРОВ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

Готье С.В., Монахов А.Р., Корнилов М.Н., Цирульникова О.М., Латыпов Р.А.

ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва, России

Введение. На сегодняшний день методика сплит-трансплантации печени входит в арсенал большинства крупных трансплантационных центров мира и позволяет увеличить число выполняемых пересадок печени. Однако единого протокола отбора доноров не существует, а использование техники разделения печени с получением двух анатомических долей – правую и левую, остается дискутабельным. Кроме того, остаются такие вопросы техники исполнения, как разделение в организме донора или на препаровочном столике уже после изъятий и консервации органа.

Цель исследования: на основании опыта ФНЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова оценить основные принципы отбора посмертных доноров, а также особенности хирургической техники получения двух трансплантатов разделенной от посмертного донора.

Материалы и методы. С июня 2008 по май 2017 гг. в ФНЦ ТИО в 12 случаях выполнено разделение печени трупного донора на два фрагмента, что позволило выполнить 24 трансплантаций печени.

Результаты. Возраст посмертных доноров составлял от 18 до 54 лет (28 лет +\- 5). В 9-х случаях разделение печени выполняли in situ. В 2 случаях на фоне гемодинамической нестабильности донора во время разделения in situ, была выполнена конверсия на разделение ex situ. В 1 случае разделение полностью выполнено ex situ. Во всех случаях использовалась техника разделения трансплантата на левый латеральный сектор (ЛЛС) печени и расширенную правую долю (РПД) (I, IV-VII сегменты). Возраст реципиентов ЛЛС был от 6 мес. до 2 лет (средний 9 мес.), вес от 6 до 15 кг (средний 9 кг +\- 3). Возраст реципиентов расширенной правой доли были от 4-х до 50 лет, с массой от 25 до 50 кг (средний 38 кг +/- 11).

Заключение. Сформулированы протокол отбора посмертного донора для выполнения методики сплит-трансплантации печени. Ни в одном случае реципиенты не демонстрировали клиники синдрома недостаточного по размерам трансплантата. У 20 из 24 реципиентов послеоперационный период протекал без осложнений с удовлетворительной функцией трансплантатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гранов Д.А., Попов С.А., Павловский А.В., Поликарпов А.А., Моисеенко В.Е., Стаценко А.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: продемонстрировать современные возможности нестандартного комбинированного лечения распространенных нейроэндокринных опухолей (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В ФГБУ РНЦ РХТ с 2005 года наблюдалось и получало лечение 62 пациента с НЭО ПЖ, из них за период с 2005 по 2009 гг. 11 больных, а с 2010 по 2016 гг. 51 пациент. Высокодифференцированные НЭО G1 выявлены в 8 (12.9%) случаях, G2 в 37 (59.7%), низкодифференцированные нейроэндокринные карциномы G3 в 16 (25.8%), смешанная аденонейроэндокринная карцинома у 1 пациента (1.6%). Хирургическое лечение в 73% случаев (45 из 62). Радикально прооперированы все пациенты (n=21) неметастатическими НЭО ПЖ: стандартные вмешательства n=12 (26,7%), расширенные и сочетанные n=9 (20%). Из 41 больного НЭО ПЖ с синхронными метастазами в печени оперированы 24, из них 10 больным удалена первичная опухоль и метастазы в печени (резекция, радиочастотная аблация, микроволновая деструкция), а 14 только первичная НЭО ПЖ. В 17 случаях метастатических НЭО ПЖ проводилась только лекарственная терапия. При местнораспространенных и метастатических НЭО ПЖ всем пациентам выполнялась неоадъювантная внутриартериальная химиотерапия, в том числе химиоэмболизация НЭО головки ПЖ и метастазов в печени. После операции у части больных выполнялась химиоэмболизация печени.

Результаты. Выживаемость местнораспространенных НЭО ПЖ – G1, G2: 5 из 6 живы в срок от 22 до 85 мес. (ср. 52,1±8,5 мес). G3: 1 больной из 3 жив в течение 15 месяцев после операции без прогрессирования. При НЭО ПЖ с метастазами в печень у больных получавших хирургическое лечение и лекарственную терапию – G1,G2: живы 13 из 16 пациентов в срок от 6.5 до 81.5 мес. (ср. 39.3±6,2 мес.). G3: жива 1 из 7 больных в срок 13 месяцев, 6 умерли в срок 3 – 16 мес. (ср. 10,3±2,3 мес.). При метастатических НЭО ПЖ, которые получали только лекарственную терапию – G2: живы 5 из 12 пациентов в срок от 14 до 39.5 мес. (ср. 21.9±4,2 мес). G3: 5 из 5 умерли (ср. 5,3±1,2 мес).

Заключение. При НЭО ПЖ целесообразно расширение показаний к хирургическому лечению НЭО ПЖ. Метод внутриартериальной химиоэмболизации в сочетании с хирургическими методами воздействия позволяет более эффективно применять противоопухолевую лекарственную терапию при местнораспространенном и метастатическом НЭО ПЖ.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Тарабукин А.В., Неледова Л.А., Мизгирев Д.В., Комольцева Е.А., Леонтьева А.Г., Катышева А.А., Поздеев В.Н., Дуберман Б.Л.

ФГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, г. Архангельск, Россия
ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», г. Архангельск, Россия

Цель исследования: оценить результаты лечения резектабельных злокачественных опухолей головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проведёно одноцентровое ретроспективное исследование отдалённых результатов после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) у сплошной выборки больных раком головки поджелудочной железы, оперированных с января 2011 по декабрь 2016 года (n=91), с оценкой качества жизни (n=11) в отдаленном периоде опросником SF 36.

Результаты. Тридцатидневная летальность после ПДР встретилась у 8 (8,8%) пациентов. Причинами неблагоприятных исходов явились несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (n=2), внутрибрюшное кровотечение (n=1), гнойные послеоперационные осложнения (n=1), полиорганная недостаточность (n=4). В сроке от 30 до 90 дней умерли 5 (6%) больных. Летальные исходы наступили вследствие гнойных осложнений острого некротического панкреатита (n=2), перфорации культи желудка (n=1), острого коронарного синдрома (n=1) и декомпенсации сахарного диабета (n=1).

Из оставшихся 79 больных к моменту проведения исследования у 26 наступил неблагоприятный исход на фоне прогрессирования опухолевого процесса. Средняя продолжительность жизни умерших в отдаленном периоде больных составила 436,8±238,1 дней (14,4±7,9 месяцев). Не состоят на учете в ГБУЗ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» 22 человека, судьба одного пациента неизвестна. На конец 2016 года с тридцатью больными установлен контакт, из них адъювантную химиотерапию получили 38,1%. Средняя продолжительность жизни отслеженных пациентов (n=30) к концу 2016 года составила 523,2±458,7 дня (17,3±15,1 мес.). Общая средняя продолжительность жизни больных раком головки поджелудочной железы, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, составила 462±382,6 (15,2±12,6 месяцев).

Из 30 больных, состоящих на учете в ГБУЗ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер», вербальный контакт установлен с 11 (36,7%) пациентами. При оценке значений качества жизни больных после ПДР по поводу рака головки поджелудочной железы с помощью опросника SF 36 выяснено, что полученные показатели оказались не ниже средних стандартизированных популяционных показателей в Российской Федерации (Амирджанова В.Н., 2008). Так, по шкалам физического функционирования (PF) показатель составил 76,4±29,8, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) – 61,4±46,6, по шкале интенсивности боли (BP) – 68,5±31,1, по общему состоянию здоровья (GH) – 61,5±14,5, жизненной активности (VT) – 68,2±19,3, социальному функционированию (SF) – 80,7±18,8, по ролевому функционированию, обусловленному эмоциональным состоянием (RE) – 66,7±47,1, по шкале психического здоровья (MH) – 73,5±19,4.

Заключение. 1) Тридцатидневная летальность после панкреатодуоденальной резекции, являющейся операцией выбора для лечения злокачественных новообразований гепатопанкреатобилиарной зоны, составила 8,8%.

2) Общая средняя продолжительность жизни больных раком головки поджелудочной железы, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, оказалась 15,2±12,6 месяца.

3) Доля больных, получавших комбинированное хирургическое и химиотерапевтическое лечение, составила 38,1%.

4) Качество жизни больных после панкреатодуоденальной резекции не ниже средних стандартизированных популяционных показателей шкалы SF 36 по РФ.

КАК СОХРАНИТЬ КРОВОСНАБЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ, НЕ ПРИБЕГАЯ К РЕКОНСТРУКЦИИ АРТЕРИЙ, ПРИ ОПУХОЛЯХ ТЕЛА–ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПЫТ 21 ОПЕРАЦИИ APPLEBY И 30 ОПЕРАЦИЙ SUTHERLAND-WARSAW

Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Дмитриева К.А., Журина Ю.А.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗ г. Москвы, Москва, Россия
ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия
ГБУЗ Городская клиническая больница №29 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Ряд резекций поджелудочной железы (ПЖ) могут быть выполнены с сохранением кровоснабжения паренхиматозных органов, несмотря на иссечение основных источников их артериального кровоснабжения. Так, возможно сохранение селезенки при тотальной дуоденопанкреатэктомии и дистальной резекции ПЖ с резекцией селезеночных сосудов без их реконструкции (операции Sutherland-Warshaw), а также сохранение артериального кровоснабжения печени и желудка при дистальной резекции ПЖ с

резекцией чревного ствола (ДРПЖ РЧС, modified Appleby) без реконструкции общей печеночной артерии. Определение интенсивности коллатерального артериального кровотока (ИКАК) позволяет ответить на ряд вопросов, связанных с предоперационным планированием и интраоперационными решениями.

Определение основной коллатерали и рисков, связанных с ее повреждением, важны при планировании операций в отдаленные сроки после удаления основной магистрали и как инструмента определения основной коллатеральной артерии к сохраненному органу.

Цель исследования: оценить возможность избежать артериальной реконструкции после дистальных резекций ПЖ с иссечением магистральных сосудов. Определить интенсивность коллатерального артериального кровотока (ИКАК) после дистальных резекций поджелудочной железы с резекцией магистральных артерий.

Материалы и методы. С помощью интраоперационного УЗИ, КТ и КТ-ангиографии до, во время и после 21 ДРПЖ РЧС и 30 операций Sutherland-Warsaw определялись артериальный кровоток в паренхиме печени и селезенки, тип артериальной архитектуры и диаметры основных артерий целиако-мезентериального бассейна. На основе полученных данных опеределялась необходимость в артериальной реконструкции и рассчитывалась степень изменения интенсивности кровотока по коллатеральным артериям.

Результаты. 1. У пациентов, перенесших ДРПЖ РЧС, во всех случаях независимо от артериальной архитектуры, определялся артериальный кровоток в паренхиме печени после пережатия общей печеночной артерии. В 72% случаев определялся классический тип артериальной архитектуры. У 12,2% имелась замещающая правая печеночная артерия от ВБА. У 90% панкреатодуденальные аркады не выявлялись до операции. Во всех случаях отмечено увеличение ИКАК через нижнюю(ие) панкреатодуоденальную(ные) артерию(и) в 2,2-20 раз, через гастродуоденальную (ГДА) – также во всех случаях (в 1,76-5,28 раза), кроме двух. В одном случае интенсивность кровотока не изменилась (случай 16) и в одном уменьшилась на четверть (случай 15). В 20% случаев увеличилась ИКАК по правой нижней диафрагмальной артерии в 4,1-16 раз, и в одном случае ИКАК увеличилась в 9 раз по левой нижней диафрагмальной артерии.

2. ИКАК по правой желудочно-сальниковой артерии после операции Warsaw возросла в 2-12 раз, и только в 4 случаях она не изменилась.

Заключение. Интраоперационное УЗИ позволяет принять решение о необходимости артериальной реконструкции при резекции артерий во время дистальной резекции ПЖ. Расчет ИКАК позволяет объяснить, почему не имеют смысла предоперационная эмболизация общей печеночной артерии и стентирование аорты с окклюзией чревного ствола перед ДРПЖ РЧС; и почему нельзя рассчитывать на коллатеральный кровоток через короткие желудочные артерии после операции Sutherland–Warsaw.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ИХ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ. ОПЫТ 71 ОПЕРАЦИИ

Егоров В.И., Петров Р.В.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Современная до- и интраоперационная диагностика опухолей панкреатодуоденальной зоны с низким или неопределенным потенциалом злокачественности делает возможным выполнение орагносохраняющих резекций поджелудочной железы (ПЖ) и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эти операции не являются рутинными, но входят в обязательный арсенал гепатопанкреатобилиарного (НРВ) хирурга.

Цель исследования: оценить эффективность ораганосохраняющих резекций ПЖ и ДПК при их опухолевом поражении.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 66 последовательных панкреас- и дуоденумсохраняющих резекций ПЖ и ДПК ПСРДПК (2007-2016 гг.) с оценкой демографических данных, данных предоперационного обследования, гистологического диагноза, непосредственных и отдаленных результатов.

Результаты. По поводу нейроэндокринных (НЭО) (19), солидно-псевдопапиллярных (3) опухолей и серозных (3) и муцинозных (27) кистозных опухолей ПЖ выполнены дистальные резекции ПЖ с сохранением селезенки и селезеночных сосудов (6), дистальные резекции ПЖ с резекцией селезеночных сосудов и сохранением селезенки (операция Sutherland – Warsaw) (30), центральные резекции ПЖ (15), дуоденумсохраняющие тотальные резекции головки ПЖ (5) и центрсохраняющая резекция ПЖ (1). По поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST) (10), ворсинчатой аденомы (3), гигантской лейомиосаркомы (1), ганглиоцитарной параганглиомы (1) и солитарного метастаза рака эндометрия(1) было выполнено 15 панкреассоханяющих резекций ДПК, которая в 2 случаях была субтотальной с реплантацией общего желчного и панкреатического протоков в неодуоденум, а в 13 наблюдениях – инфрапапиллярной, однажды вместе с резекцией аорты и нижней полой вены. При поражении ПЖ диагноз был установлен до операции в 48 случаях из 52, при поражениях ДПК – в 9 из 14. Наиболее точными диагностическими средствами были эндоУЗИ и КТ. При поражении ПЖ основными симптомами были боль или дискомфорт(32) или признаки гиперактивности НЭО (6), при поражении ДПК – желудочно-кишечные кровотечения (6) и дуоденальная обструкция (3). 90 –дневная летальность – 1 (1,4%). Осложнения встретились в 46,5% случаев. Не отмечено местных рецидивов и случаев развития диабета. После резекций ДПК по поводу GIST у трех пациентов спустя 1,5- 3,5 года выявлены метастазы в печень, по поводу которых проводилось комбинированное лечение.

Заключение. Органосохраняющие резекции ПЖ и ДПК при опухолях с низким или неопределенным злокачественным потенциалом безопасный и онкологически оправданный способ лечения, позволяющий сохранять высокое качество жизни.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ VON HIPPEL-LINDAU

Егоров В.И., Петров Р.В., Бельцевич Д.Г.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗ г. Москвы, Москва, Россия
ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Поджелудочная железа (ПЖ) вовлечена у 15% больных синдромом von Hippel-Lindau (VHL). Резекции ПЖ при VHL показаны при симптоматических серозных цистаденомах больше 5 см или нейроэндокринных опухолях (пНЭО) > 2-3 см.

Цель исследования: оценить результаты наблюдения и резекций поджелудочной железы у 15 пациентов с VHL

Материалы и метды. Проспективный анализ наблюдений из базы данных ГКБ им. братьев Бахрушиных (2013-2016 гг.).

Результаты. В связи с опухолями ПЖ под наблюдением находились 15 с VHL. Продолжают наблюдаться, согласно современной концепции лечения больных с VHL, в связи с размерами пНЭО, не достигшими критического уровня, 10 больных. Резекции поджелудочной железы выполнены 5 пациентам.

1. Тотальная дуоденопанкератэктомия по поводу пНЭО головки и хвоста ПЖ, на фоне ее тотального поражения серозными цистаденомами различного размера у женщины, 54 лет, которой 6 лет до этого была выполнена правосторонняя нефрэктомия по поводу светлоклеточного рака. Пациента умерла через 8 месяцев после операции от диссеминации рака почки.

2. Пациентке 45 лет с можественными гемангиобластомами мозжечка и спинного мозга, пНЭО в головке и хвосте ПЖ, 5 лет после правосторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы, была выполнена центрсохраняющая резкция ПЖ и левостороння адреналэктомия по поводу феохромоцитомы. Неосложненный послеоперационный период.

3. Мужчина 47 лет с множественными гемангиобластомами спинного мозга, большими пНЭО (5-6 см) в головке ПЖ, 10 лет после двухсторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитом был успешно излечен посредством ПДР и резекции тела ПЖ.

4. 28-летний мужчина с множественными гепангиобластомами спинного мозга, 5 лет после двухсторонней адреналэктоми по поводу феохромоцитом и 1 год после резекции правой почки по поводу рака, был успешно излечен от пНЭО хвоста ПЖ посредством дистальной резекции ПЖ. Все пациенты были выписаны и трое из них функциональны, работают и полностью компенсированы.

5. У пациентки 33 лет, перенесшей ранее удаление гемангиобластомы головного мозга, обследование обнаружило три нейроэндокринных опухоли поджелудочной железы на фоне тотального поражения железы серозными цистаденомами, три фокуса рака правой почки, один фокус рака – в левой почке, феохромоцитома левого надпочечника. Ей одномоментно было выполнена левосторонняя адреналэктомия, корпорокаудальная резекция ПЖ с сохранением селезенки тройная резекция правой почки и резекция левой почки.

Заключение. Своевременная и максимально паренхимосохраняющая резекция ПЖ является операцией выбора при пНЭО на фоне VHL. Обширные резекции ПЖ – исключительная процедура при этом заболевании.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАСТОМОЗА МЕЖДУ ПЕЧЕНОЧНЫМИ АРТЕРИЯМИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. ОПЫТ 9 НАБЛЮДЕНИЙ

Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Черная Н.Р.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗ г. Москвы, Москва, Россия
ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия
ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Существование анастомозов между печеночными артериями часто рассматривается хирургами как чисто теоретическое знание, которое не имеет практического применения

Цель исследования: показать важность знания о существовании такого межартериального контакта для практических целей

Материалы и методы. Анализ 9 наблюдений сохранения жизнеспособности доли печени благодаря межлобарному артериальному соустью после окклюзии одноименной печеночной артерии в ходе обширных резекций поджелудочной железы (ПЖ) и желудка, и эмболизации печеночных артерий. Мониторинг артериального кровоснабжения печени до, во время и после операции осуществлялся посредством ультразвукового допплеровского сканирования паренхимы печени, КТ-ангиографией и прямой ангиографией.

Результаты. Дистальная резекция ПЖ с резекцией чревного ствола и гастродуоденальной артерии при Michels IV артериальной анатомии, тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекцией общей печеночной артерии при Michels III артериальной анатомии, ПДР с резекцией общей печеночной артерии при Michels IX артериальной анатомии, гастрэктомия с резекцией правой печеночной артерии, отходящей от чревного ствола (Michels I), эмболизация правой печеночной артерии при множественных огнестрельных ранениях (Michels I) и гигантской гепатоцеллюлярной карциноме (Michels I) были выполнены без артериальных реконструкций и ишемических последствий в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Послеоперационная КТ-ангиография или прямая ангиография показали, что кровоснабжение доли печени, потерявшей свою основную артерию, осуществляется через анастомоз между печеночными артериями, что подтверждают еще три наблюдения резекции или эмболизации основных магистралей при ПДР, опухолях печени или её повреждениях

Заключение. Знание о возможностях артериального соустья между печеночными артериями позволяет резецировать или окклюзировать одну из печеночных артерий без ее реконструкции, если интраоперационное УЗ допплеровское или ангиографическое исследование подтверждает адекватное кровоснабжение скомпрометированной доли печени.

ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ермолаев П.А., Храмых Т.П., Барская Л.О.

БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск, Россия

Цель исследования: выявить патогенетические факторы миокардиальной дисфункции в ранние сроки после резекции 80% печени.

Материалы и методы. Проведена оценка сократительной функции и утилизации глюкозы изолированными изоволюмически сокращающимися сердцами белых беспородных крыс-самцов в контроле и через 1, 3, 6, 12 часов и 1, 3, 7 суток после атипичной резекции 80% печени оригинальным способом (патент РФ № 2601160). В указанные сроки регистрировали давление в левом желудочке (ЛЖ), рассчитывали скорость сокращения и расслабления миокарда, определяли содержание глюкозы, лактата, активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в коронарном перфузате. Для оценки функциональных резервов миокарда проводили пробы с гипоксией (15 минут) и реоксигенацией (20 минут), навязкой ритма высокой частоты (300, 400 и 500 импульсов в минуту). Далее проведена серия экспериментов с перфузией изолированных спонтанно сокращающихся сердец контрольной группы раствором Кребса-Хензелайта с добавлением в перфузат 5% желчи интактных крыс (15 минут) с последующей реперфузией исходным раствором (20 минут). Статистическая обработка результатов проведена с использованием критериев Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. Начиная с 1-го часа после резекции печени отмечали снижение как силовых, так и скоростных показателей сократительной функции миокарда, кардиодепрессия была максимально выражена через 6 и 12 часов после операции, при этом в большей степени оказался нарушенным процесс расслабления миокарда. Сердца прооперированных животных оказались более уязвимы к гипоксическому повреждению, что выражалось в усугублении сократительной дисфункции миокарда, уменьшении эффективности потребления глюкозы на единицу выполняемой функции, повышенном выделении лактата и АсАТ в коронарный проток по сравнению с контролем. Повреждающий эффект реоксигенации на функцию сердец прооперированных животных оказался более выраженным, что свидетельствует об активации процессов свободно-радикального окисления (СРО) в миокарде. При навязывании ритма высокой частоты сердцам экспериментальных групп регистрировали явление незавершенной диастолы и выраженный дефект диастолы, которые были наиболее выражены в первые сутки после резекции печени, что может свидетельствовать о нарушении механизмов, ответственных за транспорт Ca2+ в кардиомиоцитах и диастолическое расслабление миокарда. Корреляционный анализ выявил наличие обратной связи (r= -0,80) между скоростными показателями сократимости миокарда и утечкой АсАТ в коронарный перфузат на всех сроках после операции. Обнаружено наличие связи (r=0,67) между дефектом диастолы и выходом АсАТ из кардиомиоцитов на всех сроках после операции, что указывает на взаимосвязь повреждения кардиомиоцитов и сократительной дисфункции миокарда после резекции печени. Также выявлено наличие обратной связи (r= -0,79) между скоростными показателями сократимости миокарда и потреблением им глюкозы на всех сроках после операции, что свидетельствует о роли гипоксии в генезе сократительной дисфункции миокарда. При добавлении желчи в перфузат развивалась брадикардия, снижение силовых и скоростных показателей сократимости сердец, а также увеличение потребления глюкозы, выделения лактата и выхода АсАТ в перфузат по сравнению с периодом стабилизации, что свидетельствует о токсическом действии желчи на миокард.

Заключение. Выявлено развитие функционально-метаболических нарушений сердца в ранние сроки после субтотальной резекции печени, в генезе которых принимают участие такие патогенетические факторы как гипоксия, активация процессов СРО, нарушение гомеостаза Ca2+ в кардиомиоцитах, кардиотоксичность желчи.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ахаладзе Д.Г., Грендаль К.Д., Заманов Э.Н.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Увеличивается число зарубежных публикаций, оценивающих отдаленные результаты лапароскопических и робот-ассистированных резекций, выполненных по поводу злокачественных опухолей печени и желчных протоков. Оценка опыта отечественных центров не представлена.

Цель исслдеовани: оценить выживаемость пациентов после минимально-инвазивных резекций печени у пациентов с различными злокачественными опухолями печени и желчных протоков.

Материалы и методы. С 2010 г. по настоящее время оперировано 184 пациента. Операции по поводу злокачественных опухолей выполнены у 85 (46%) пациентов. Изучены отдаленные результаты резекций печени у 61 пациента с различными злокачественными опухолями печени и желчных протоков. По поводу метастазов колоректального рака оперированы 37 пациентов, гепатоцеллюлярного рака – 14 и различных вариантов холангиоцеллюлярного рака (внутрипеченочный, опухоль Клацкина и рак желчного пузыря) – 10. Из них выживаемость прослежена у 33 (89%), 7 (50%) и 7 (70%), соответственно. Выживаемость оценивалась с ноября 2013 г.

Результаты. Трехлетняя выживемость пациентов с метастазами колоректального рака составила 74% (3-летняя выживаемость по данным международного регистра LiverMetSurvey – 61%), выживаемость пациентов с гепатоцеллюлярным раком – 100%, пациентов с различными вариантами холангиоцеллюлярного рака – 29%.

Заключение. Минимально инвазивные резекции печени демонстрирует приемлемые отдаленные результаты у онкологических пациентов. Необходима сравнительная оценка выживаемости минимально-инвазивных и открытых резекций печени после отбора пар пациентов на соответствие факторов, влияющих на выживаемость (propensity score matching).

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ. ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ахаладзе Д.Г., Грендаль К.Д., Заманов Э.Н.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

В последнее десятилетие лет набирает популярность оценка кривых обучения при помощи метода статистического анализа CUSUM (cumulative sum).

Цель исслдеования: изучить опыт освоения робот-ассистированных резекций печени при помощи метода CUSUM.

Материалы и методы. При помощи метода CUSUM ретроспективно анализированы результаты 46 робот-ассистированных резекций печени. Результаты. Выделено три периода в освоении технологии: 1-й период обучения операциям с низким индексом сложности (n=16), 2-ой период расширения показаний к операциям с высоким уровнем сложности (n=18) и 3-й период стабилизации показателей (n=12). Изучена динамика индекс сложности резекции печени, объема интраоперационной кровопотери, длительность операции и частоты осложнений II-V по Clavien-Dindo. Согласно анализу, снижение показателей кровопотери и длительности операции произошло после 5-й резекции печени. Переход к сложным резекциям печени потребовал выполнения 16 операций. Стабилизация периоперационных параметров имела место после 34 резекций печени.

Заключение. Технология CUSUM представляется эффективным методом оценки кривой обучения робот-ассистированным резекциям печени.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д.

ФГБОЦ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Введение. Благодаря внедрению в практику ультразвуковой диагностики, КТ, МРТ в последнее время все чаще диагностируются непаразитарные кисты печени. При бессимптомном течении заболевания и малых размерах кист многие авторы считают, что необходимо динамическое наблюдение за пациентами. При больших размерах кист со сдавлением других органов, угрозой разрыва и малигнизации большинство хирургов прибегают к оперативному лечению. Среди оперативных вмешательств ведущее место занимают лапароскопические методы лечения – фенестрации стенок кист, резекция части печени. На второй план выступают пункционные методы лечения под сонографическим контролем. Не утратили своего значения и открытые методы оперативных вмешательств при подозрении на малигнизацию кист.

Цель исслдеовнаия: улучшить результаты хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени путем внедрения миниинвазивных методов лечения в условиях городского хирургического стационара.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2016 годы нами пролечено 129 пациентов с непаразитарными кистами печени в возрасте от 25 до 79 лет. Средний возраст пациентов составил 57,7±3,6 лет. Мужчин было 15 (11,6%), женщин – 114 (88,4%). У 89 больных (69%) кисты были солитарными, у 40 (31%) – множественными. Диаметр кист, которые были подвержены хирургическому вмешательству, составил 9,8±1,6 см. Клинически большие кисты печени у больных проявлялись болью, чувством тяжести в правом подреберье и эпигастральной области, рентгенологически и при КТ (МРТ) было выявлено сдавление желудка, толстой кишки. Для исключения паразитарного характера поражения печени использовали иммуноферментный анализ. Всем пациентам назначали анализ крови на альфа-фетопротеин. Для деэпителизации применяли экспозицию в течение 10 минут 95% этанола в объеме j объема кисты. Открытые операции выполняли при подозрении на цистаденому и эхинококкоз даже при отрицательном ИФА, а также при кистах, сообщающихся с крупным желчным протоком в воротах печени. Лапароскопическая фенестрация кист произведена 52 больным, открытая фенестрация при лапаротомии – 11, пункция и склерозирование кист под ультразвуковым контролем – 66.

Результаты. После лапароскопической фенестарции осложнение наблюдалось в 1 (1,9%) случае– желчеистечение из левого долевого протока, сообщавшегося с полостью кисты. Произведено ушивание протока. После открытых фенестраций кист печени осложнения отмечены в 2 (18,2%) случаях: нагноение остаточной полости и серома подпеченочного пространства. При пункционных методах лечения осложнений не было. В отдаленном послеоперационном периоде остаточные полости после лапароскопических вмешательств выявлены у 3 (5,8%) больных, после чрескожных пункционных методов лечения у 5 (7,6%) больных. Жалоб пациенты не предъявляли.

Выводы. Хирургическому лечению подлежат кисты больших размеров, сопровождающиеся клиническими проявлениями и осложнениями. Предпочтение следует отдавать миниинвазивным методам лечения – лапароскопическим и пункционным, при которых наблюдается меньшее количество осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ГЕПРОЦЕЛ НА РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Исмаилов Б.А., Садыков Р.А.

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

В современной хирургии растет количество оперативных вмешательств на органах, которые могут вызвать активное кровотечение (операции на сердце, сосудах, печени, поджелудочной железе, почках).

Наряду с такими хирургическими методами остановки кровотечения как тампонирование, лигирование, электрокоагуляция и др. применяются различные гемостатические средства местного назначения.

Местные гемостатические средства обычно используются при повреждениях паренхиматозных органов, при диффузно-капиллярных кровотечениях. Результаты, полученные на мелких лабораторных животных по изучению биологической совместимости, токсичности, эффективности гемостатического средства не могут быть экстраполированы на человека. Промежуточным этапом перед клиническим применением имплантата являются испытания на крупных лабораторных животных: собаках, свиньях или овцах. Эти исследования дают возможность объективно оценить эффективность и последствия применения гемостатического средства в условиях, максимально приближенных к организму человека.

Цель исслдеования: испытание нового композиционного гемостатического материала Гепроцел на органах брюшной полости при различных видах кровотечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил гемостатический биоразлагаемый поликомпозиционный имплантат Гепроцел (Патент РУз IAP 20160273). Имплантат разработан сотрудниками экспериментального отдела АО «РСЦХ им. акад. В.Вахидова» и Научно-исследовательского центра химии и физики полимеров при НУУз. Экспериментальные исследования были проведены в соответствии с ГОСТ Р ИСО 10993-6-2011 на модели раны печени, селезенки, тонкого кишечника с применением имплантата. Были использованы 6 беспородных собак весом 9,5±1,8 кг, содержащихся в условиях вивария в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 10993-11-2011 о надлежащих условиях подготовки и наблюдения подопытных животных. Операции проводились под общей анестезией и мониторированием основных жизненных показателей. После верхнесрединной лапаротомии длиной разреза до 15 см в рану выводилась печень и в области правой доли моделированы различные виды повреждения печени: поверхностная рана печени с паренхиматозным кровотечением, глубокое ранение печени с венозным кровотечением, краевая резекция печени с интенсивным венозным кровотечением. Также в ходе эксперимента было произведено паренхиматозное кровотечение селезенки, кровотечение из десерозированных участков тонкого кишечника.

Результаты. Время остановки кровотечения после применения гемостатического средства Гепроцел при паренхиматозном кровотечении составило 2,0±0,3 мин, при глубоком ранении печени с венозным кровотечением – 6,0±1,5 мин, при краевой резекции печени с интенсивным венозным кровотечением – 7,2±1,4 мин. Время остановки кровотечения при паренхиматозном кровотечении из селезенки составило – 2,5±1,2 мин, из десерозированого участка тонкого кишечника составило – 3,5±1,0 мин. Интраоперационно за время наблюдения в течение 10-15 мин возобновления кровотечения не отмечалось.

Отмечено, что при контакте с влажной средой Гепроцел образует тонкую эластичную пленку, которая плотно адгезируется к раневой поверхности. При этом гемостатический эффект зависит от количества порошка, площади раневой поверхности, интенсивности и характера кровотечения. Эксперименты показали, что биодеградация гемостатического имплантата Гепроцел происходит на 14-21-е сутки.

Выводы. Разработанный отечественный имплантат Гепроцел на основе производных целлюлозы обладает выраженным гемостатическим эффектом, является биодеградируемым и может применяться при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ СИНХРОННЫХ ОПУХОЛЯХ.

Ищенко Р.В., Джансыз И.Н., Казимов К.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», Москва, Россия

В современной онкохирургии сложным вопросом остается целесообразность и возможность выполнения хирургических вмешательств при синхронных опухолях в случаях, когда одной из локализаций является поджелудочная железа. Сложность выполнения вышеуказанных оперативных вмешательств определяет то, что достаточно большая часть подобных пациентов признается нерезектабельными.

Анализу подвергли данные 23 больных, подвергнутых комбинированным панкреатодуоденальным резекциям по поводу синхронных опухолей, за период с 2015 по 2016 гг. Пациенты, включенные в протокол исследования, не подвергались оперативным вмешательствам и не страдали иной патологией органов брюшной полости. Все комбинированные оперативные вмешательства помимо этапа панкреатодуоденальной резекции включали в себя: гемиколэктомию справа в 10 наблюдениях, гастрэктомию в 4 случаях, эпинефрэктомию и нефрэктомию справа в 2 наблюдениях, гепатопанктеатодуоденальную резекцию в 7 случаях. Анализ возрастного состава пациентов исследуемой группы выявил, что средний возраст составил 54,4±3,3 г. Несмотря на диспансеризацию основной массы пациентов у специалистов терапевтического профиля, подавляющее их большинство (71,9%±2,8%) было взято под наблюдение после 12 месяцев с момента обнаружения первых симптомов заболевания. Давность заболевания более года отмечена у 24,7%±2,1% больных. Одним из условий комбинированных панкреатодуоденальных резекций было выполнение ПЭТКТ на дооперационном этапе. В 11 наблюдениях произведена резекция воротной вены, в 6 случаях резекция желчных протоков и в 2 наблюдениях резекцию печеночной артерии. Кровопотеря в течение операции составила 844±79 мл, различия статистически значимы ($p<0,001$). Летальных случаев было 2: 1 – двухсторонняя пневмония, 1 – геморрагический инсульт. Из осложнений зарегистрированы 1 мелкоочаговый панкреонекроз, 1 ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии.

Заключение. Активная хирургическая тактика позволяет максимально достичь радикализма и значительно увеличить продолжительность жизни у пациентов с распространенным синхронными опухолями.

ВИРТУАЛЬНОЕ 3-D МОДЕЛИРОВАНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каторкин С.Е., Колсанов А.В., Быстров С.А., Зельтер П.М., Андреев И.С., Шестаков Е.В., Назаров Р.М.

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель исследования: изучить эффективность цветного 3D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии при выполнении резекционных вмешательств на поджелудочной железе.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии находилось на лечении 9 пациентов с диагнозом: хронический панкреатит, псевдокисты поджелудочной железы. У 3 пациентов было выявлено расширение главного панкреатического протока, холедоха в сочетании с механической желтухой вследствие расположения объёмного образования в головке поджелудочной железы. В дополнение к клиническому осмотру и лабораторному обследованию всем пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием. На основе полученных данных, в разработанной в СамГМУ программе «Автоплан» была построена предоперационная цветная 3D модель области оперативного вмешательства. У 3 больных для оценки адекватности объема оперативного вмешательства также была построена послеоперационная цветная 3D модель.

Результаты. У 7 из 9 больных выявлены 2 и более кист в головке поджелудочной железы, не связанных между собой, у 3 пациентов было значительное расширение главного панкреатического протока, выраженная желчная гипертензия с расширением гепатикохоледоха и внутрипеченочных желчных протоков. Всем пациентам выполнена дуоденумсохраняющая субтотальная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатоеюностомией на Ру-петле. У 3 больных с целью декомпрессии желчевыводящих путей сформирован гепатикоеюноанастомоз на Ру-петле. Полученные 3D модели у всех больных были подтверждены интраоперационно. Выполнение дуоденумсохраняющей резекции поджелудочной железы осуществляли прецизионно с минимальной кровопотерей, при этом были ликвидированы все кисты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациенты выписаны на 12-14 сутки в удовлетво-

рительном состоянии. Послеоперационная 3D модель не выявила каких-либо патологических образований в поджелудочной железе.

Заключение. Предоперационное 3D моделирование позволяет хирургу заранее подготовиться к операции с учетом знания индивидуальных топографо-анатомических особенностей области предстоящего оперативного вмешательства и выбрать оптимальный объем операции. Послеоперационное 3D моделирование позволяет оценить адекватность объема проведенного хирургического вмешательства.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ВЕНЫ В ПРАВОЙ ДОЛИ ГРАФТА ПРИ LDLT У ВЗРОСЛОГО ДОНОРА

Кашибадзе К., Тедорадзе В., Менабде Д., Пешков Т., Карцивадзе Т.

Рефферальная больница г. Батуми, Грузия
Республиканская клиническая больница г. Батуми, Грузия

Необходимость включения средней печеночной вены в трансплантате правой доли у взрослых при LDLT является противоречивой. Включение средней печеночной вены в трансплантатt обеспечивает равномерный печеночный венозный дренаж, но может привести в доноре к венозному стазу в IV сегменте.

Цель исследованияч: оценить безопасность доноров, во времья живой донации правой доли печени с включением в графт средней печеночной вены и определить, необходимо ли такое включение для оптимального функционирования трансплантата.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2017 гг. было выполнено 16 LDLT с праводолевым графтом. Все трансплантаты правой доли, за исключением одного, содержали средную печеночную Вену. В ходе донорской операции было уделено внимание сохранению печеночной артерии IV сегмента и исключению длительного вращения и травмирования обеих долей печени. Среднюю печеночную вену пересекали проксимально печеночной вены IVб сегмента, тем самим, сохраняя возможнось венозного дренажа в остатке (ремнанте) печени.

Результаты. Смерти донора не было. У одного донора была ближайшее послеоперационное осложнение (в виде кровотичения), было проведена немедленная релапаротомия, после чего лечение протекала без осложнений.

У 4 (25%) донора были послеоперационные осложнения, в основном незначительные. Послеоперационное международное нормализованное соотношение (INR) На 1-й день было лучше у доноров с сохранением печеночной вены IVб сегмента, чем в тех, где не сохранили, но у всех доноров, на 7-го день после операции Функция печени была в основном нормальной. У 4-го реципиента был тяжелая венозный застой трансплантата, так как средняя печеночная вена не было имплантированно до реперфузии. У 7-го и 10-го реципиента развился тромбоз графта средней печеночной вены во время операции вследствие технических проблем. Послеоперационная печеночная и почечная функция реципиента с окклюзированной графта средней печеночной веной было хуже, чем у рейипиентов с нормально функционирующим графтом средней печеночной веной. Показатель Больничной смертности также был отмечен в 10-ом реципиенте с закупоркой графта средней печеночной вены (1/16 против 1/12 6,25% P≤0,028).

Выводы. Включение средней печеночной вены в трансплантат правой доли во время LDLT безопасная и необходимая пройедура, для оптимального функционирования трансплантата и улудщения выживаемости реципиентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

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

БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения, оценить возможность применения лапароскопических и роботизированных технологий при заболеваниях печени.

Материалы и методы. За 10 лет на базе Окружного Центра хирургии печени и поджелудочной железы выполнено 65 видеолапароскопических вмешательств при очаговых поражениях печени, в том числе, 22 операции с использованием роботизированного комплекса «da Vinci S». Нозологические формы представлены в следующих вариантах: непаразитарные кисты и поликистоз печени-35 пациентов, хронический калькулезный холецистит в сочетании с простыми кистами печени – 12 пациентов, в сочетании с гемангиомой – 2 пациента, эхинококковые кисты печени – 11 пациентов, фокальная нодулярная гиперплазия печени (ФНГ) – три пациента, гемангиома левой доли печени – 1 пациент, гепатоцеллюлярный рак – 1 пациент. Оперировано 38 (58,5%) женщин и 27 (41,5%) мужчин в возрасте от 20 до 69 лет. У пациентов с простыми кистами в 12 случаях выявлена одиночная киста, в 5-две кисты, у 18-множественные кисты печени. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения у трех больных, причем нагноившаяся киста VIII сегмета печени до операции трактовалась как киста надпочечника. При простых кистах и поликистозе выполнялась фенестрация с аргон-плазменной обработкой стенки кист. При локализации в задних сегментах (IVA,VII,VIII,) использовали робот-ассистированный вариант вмешательств. Роботизированный комплекс применяли при неанатомической резекции правой доли печени при гигантской неосложненной эхинококковой кисте в одном случае, эхинококкэктомия при нагноившейся кисте SVIII и перицистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени – гемостатический препарат Тахокомб. Вмешательства при ФНГ в объеме неанатомических резекций SIII, SIVb, SV-VI в последнем варианте потребовали конверсии ввиду кровотечения. Анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия по поводу узловой формы рака правой доли печени выполнена в лапароскопическом варианте до этапа прошивания правой печеночной вены: конверсия в виде верхне-срединной лапаротомии для обработки ППВ и извлечения препарата, с нашей точки зрения, более безопасна и предпочтительна. Левосторонняя анатомическая резекция в объеме SII-SIII при гемангиоме печени выполнена полностью лапароскопичечески.

Результаты. Осложнения имели место у двух пациентов (3,1%), III ст. по Clavien-Dindo: формирование биломы с желчеистечением в брюшную полость после неанатомической резекции правой доли печени устранено на релапароскопии прошиванием сегментарного протока на фиброзной капсуле печени; пункционное дренирование гематомы брюшной полости выполнено после эхинококкэктомии. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было.

Заключение.

1. Методы хирургического лечения больных с очаговыми поражениями печени индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения очаговых образований, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики.

2. Современные лапароскопические технологии и применение роботизированного комплекса при «трудной» локализации образований печени позволяют значимо снизить количество послеоперационных осложнений.

3. Выполнение анатомических резекций возможно при достаточном опыте «открытых» вмешательств и хорошем техническом оснащении.

4. Ранняя реабилитация и хороший косметический результат данных вмешательств оправдывают затраты и требуют дальнейшего развития.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРА НАПРАВЛЕННОЙ БИОПСИИ TURBOHAWK

Коваленко Ю.А., Жариков Ю.О., Трифонов С.А., Варава А.Б., Чжао А.В.

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

Актуальность. В настоящее время диагностика воротной холангиокарциномы на ранних стадиях заболевания остается проблемой современной медицины. Приблизительно у 10-15% больных, подвергшихся оперативному вмешательству при подозрении на воротную холангиокарциному, впоследствии диагностируют доброкачественные новообразования. Чувствительность brush-цитологии широко варьирует, от 18% до 60%, чувствительность щипковой биопсии составляет 43%-81%.

Цель исследования: изучить результаты диагностики воротной холангиокарциномы с помощью катетера направленной биопсии TurboHawk.

Материалы и методы. В Институте 20 пациентам с подозрением на воротную холангиокарциному выполнена биопсия опухоли желчных протоков при помощи устройства для артерэктомии «TurboHawk». Женщин было 11 (55%), мужчин – 9 (45%). Возраст пациентов составил от 26 до 67 лет, средний возраст 51±14 лет. У неоперированных пациентов III тип по Г. Бисмуту – 1 (9,1%), IV – 10 (90,9%). У 9 ранее оперированных пациентов по поводу опухоли Клацкина биопсия взята из области гепатикоеюноанастомоза. Первичное дренирование желчных протоков выполнено у 13 (65%) пациентов, замена дренажей – у 7 (35%). У всех пациентов по данным МРТ/МРХПГ был предварительный диагноз «воротная холангиокарцинома».

Результаты. 6 (30%) пациентам с положительным результатом биопсии выполнена гемигепатэктомия с резекцией желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза. 9 (45%) пациентам в связи с нерезектабельностью опухоли выполнено наружновнутреннее или наружное дренирование желчных протоков с последующей химиолучевой терапией. У двоих пациентов после оперативного вмешательства подтвержден рецидив в зоне гепатикоеюноанастомоза. 5 (25%) пациентов с отрицательным результатом биопсии находятся под динамическим наблюдением. У двоих пациентов после биопсии возникли осложнения. У одного пациента возникло внутрипротоковое кровотечение, у другого – отлом части биопсийного катетера. Чувствительность метода составила 100%, специфичность метода – 89%, прогностическая ценность метода – 92%.

Выводы. Биопсия с помощью катетера направленной системы TurboHawk является высокоточным методом и позволяет с достоверностью 92% подтвердить воротную холангиокарциному. Однако для уточнения диагностической точности необходимы дальнейшие исследования.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Козлов И.А., Вишневский В.А., Байдарова М.Д., Чжао А.В.

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

За период 2006-2016 гг. в качестве альтернативы панкреатодуоденальной резекции у 46 больных выполнены органосберегающие проксимальные резекции поджелудочной железы, которые подразумевали удаление головки железы с полным сохранением или частичной резекцией двенадцатиперстной кишки. Тотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнена 24 больным с серозными (6) и муцинозными (6) цистаденомами, внутрипротоковыми папиллярными муцинозными опухолями боковых ветвей протока железы (7), нейроэндокринными аденомами (4), метастазом почечно-клеточного рака (1). Реконструкция пищеварительного тракта завершена панкреатоеюноанастомозом с дистальной культей железы на выключенной по Ру петле тонкой кишки (21), панкреатогастроанастомозом (3). Лапароскопический способ применен в 7 случаях. В 1 случае при мультифокальной внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли головки и тела железы после комбиниро-

ванной лапароскопической резекции головки и срединной резекции поджелудочной железы сформирован двойной панкреатоеюноанастомоз (1) с сохраненными участками тела и хвоста железы. Резекция головки поджелудочной железы с сегментарной циркулярной резекцией двенадцатиперстной кишки выполнена у 22 пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным дуоденальной дистрофией (20), и серозными цистаденомами головки поджелудочной железы (2). Во всех случаях сформирован дуоденодуоденоанастомозом «конец-в-конец». Операция дополнялась сочетанием панкреато- и билиодигестивных соустий в трех вариантах: панкреатоеюно- и холедохоеюноанастомоза на одной выключенной по Ру петле тонкой кишки (7); панкреатогастро- и холедоходуоденоанастомоза (13); панкреатикодуоденоанастомозом по типу «проток со слизистой» и холедоходуоденоанастомозом (2). При этом формирование холеходуоденального соустья осуществлялось ниже уровня дуоденодуоденоанастомоза.

При оценке ближайших результатов операций статистически достоверных различий в продолжительности операции и степени кровопотери не отмечено. Полное удаление головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки не сопровождалось развитием ишемии ее стенки. После резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки у 2 больных возникло внутрибрюшное кровотечение, у 3 – стриктура дистального отдела общего желчного протока. После резекции головки железы с сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки у 2 пациентов отмечались нарушения эвакуации из желудка. В 6 случаях наблюдали неполный наружный панкреатических свищ, который закрылся самостоятельно.

В отдаленные сроки после операции у 2 больных хроническим панкреатитом развился сахарный диабет, не требующий инсулинотерапии. Внешнесекреторная недостаточность отмечена у 2 больных после резекции головки поджелудочной железы с сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки. Летальных исходов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не было.

Резекция головки поджелудочной железы с сохранением или сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки является патогенетически обоснованным вмешательством при хроническом панкреатите с кистозной дистрофией дуоденальной стенки и доброкачественных опухолях железы. Оба способа органосберегающих оперативных вмешательств являются надежной альтернативой панкреатодуоденальной резекции.

КИСТОЗНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кригер А.Г., Паклина О.В., Смирнов А.В., Калинин Д.В., Кармазановский Г.Г.

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

Введение. Под кистозно-воспалительной трансформацией (КВТ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) мы понимаем воспалительно-кистозное поражение ее стенки с локализацией в нисходящей части кишки, которое встречается у больных хроническим панкреатитом (ХП). Ранее для обозначения подобных изменений мы применяли устоявшийся термин «дуоденальная дистрофия». Большинство исследователей рассматривают КВТ как вариант течения или осложнение ХП. Однако отдельные авторы предполагают нозологическую самостоятельность КВТ, основываясь на теории независимого воспаления гетеротопированной в стенку кишки панкреатической ткани. Место гетеротопии ткани ПЖ в стенку ДПК в патогенезе КВТ не определено, имеющиеся данные противоречивы, а необходимость в агрессивной хирургической тактике вызывает сомнение. Доказано, что элементы панкреатической ткани в медиальной стенке ДПК выше уровня большого сосочка имеются у 65-100% популяции и считаются вариантом нормального строения ДПК. Кроме того, резидуальные панкреатические протоки без ацинусов гетеротопией не являются, первичное воспаление развиться в них не может.

Материалы и методы. За период с 2004 по январь 2017 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского находилось на лечении 92 больных, у которых была диагностирована КВТ. С целью объективной оценки морфологических изменений, специалисты отдела патологической анатомии произвели повторную оценку

гистологических препаратов, изготовленных на основе операционного материала. Кроме того, специалисты отдела лучевой диагностики выполнили пересмотр данных КТ и МРТ. Хирургические вмешательства лапаротомным доступом выполнены у 83 пациентов, кроме того, у 4 пациентов удовлетворительный клинический эффект достигнут после выполнения минимально-инвазивных внутрипросветных эндоскопических вмешательств. У 5 больных показаний к оперативным вмешательствам не было, регресс симптоматики наступил на фоне консервативной терапии.

Результаты. Клинические проявления КВТ не отличались от проявлений ХП и у большинства пациентов состояли из болевого и диспепсического синдромов, сопровождающихся потерей массы тела. Декомпенсированный дуоденальный стеноз имелся у 6 (6,5%) пациентов. При инструментальном обследовании признаки ХП (увеличение размеров головки ПЖ свыше 3,5 см; атрофия ПЖ; вирсунголитиаз и/или кальцинаты паренхимы; расширение панкреатического протока свыше 5 мм; постнекротические кисты) были у 74 больных. При микроскопическом исследовании операционного материала, полученного после 59 операций, сопровождавшихся резекцией ДПК, элементы панкреатической ткани в медиальной стенке ДПК выше уровня большого сосочка обнаружены у 21 (35,6%) больного. Из них в 14 наблюдениях были лишь резидуальные протоковые структуры без ацинусов, в 2 случаях отмечено наличие рядом расположенных эндокринных островков. Лишь у 5 из 59 (8,5%) больных в препаратах стенки ДПК обнаружены протоково-ацинарные комплексы. С учетом нашего опыта и данных литературы, наличие описанных элементов панкреатической ткани расценено как вариант нормального строения ДПК. Ни в одном из случаев в стенке ДПК не было обнаружено аберрантной ПЖ. При исследовании препаратов ткани ПЖ, полученных после 78 операций, сопровождавшихся резекцией железы, гистологические изменения во всех наблюдениях соответствовали классической картине ХП.

Заключение. КВТ – осложнение или вариант течения ХП. Воспаления аберрантной ПЖ в стенке ДПК («дуоденальная дистрофия») не было ни у одного из наших пациентов. Возможность такого заболевания в крайне редких случаях мы не исключаем, однако подобная казуистичность не позволяет учитывать «дуоденальную дистрофию» при построении общих принципов лечения больных с КВТ.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ ПЕЧЕНИ – ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Майстренко Н.А., Бабич А.И., Ромащенко П.Н., Побединцева Ю.А., Унгурян В.М., Кудлачев В.А., Куштан Т.Ю., Строганов А.И.

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
ГБУ «Костромской онкологический диспансер», Кострома, Россия

Введение. Изолированная гипертермическая химиоперфузия печени (ИГХП) – методика регионарной химиотерапии, применение которой оправдано у больных с изолированным нерезектабельным поражением печени устойчивым к проведению системной химиотерапии. В настоящее время нет стандартного протокола проведения ИГХП, не унифицированы показания к ее проведению, не определено место среди других вариантов регионарной химиотерапии, отсутствуют исследования и публикации в отечественной литературе, применительно к клинической практике.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и определить место ИГХП мелфаланом и фактором некроза опухоли альфа в лечении пациентов с изолированным нерезектабельным метастатическим поражением печени (III тип), устойчивым к проведению системной химиотерапии.

Материалы и методы. Представлен анализ применения ИГХП у 6 больных с изолированным метастатическим поражением печени III типа вследствие генерализации онкологического процесса: колоректального рака – у 3 пациентов, рака шейки маткиу – у 1, меланомы – у 1, рака двенадцатиперстной кишки – у 1. ИГХП проводили открытым способом с использованием аппарата искусственного кровообращения и введением химиопрепаратов через гастродуоденальную артерию и забором крови из ретропеченочного

отдела нижней полой вены после полной сосудистой изоляции печени, а также параллельным кровообращением для возврата крови в систему верхней полой вены из нижней полой вены и воротной вены.

Результаты. Ответ на проведение ИГХП был у 5 из 6 больных. Применение ИГХП позволило достичь полного патоморфоза метастазов печени у 2 больных, что подтверждено гистологическим данными, а в остальных – редукции метастатических очагов по данными СКТ органов брюшной полости. Случаев интраоперационной летальности не было, в послеоперационном периоде умерла одна пациентка от тромбоэмболии легочной артерии. Остальные 5 пациентов живы в настоящее время, сроки наблюдения после проведения ИГХП составляют 3-12 месяцев.

Заключение. Изолированная гипертермическая химиоперфузия печени мелфаланом и фактором некроза опухоли альфа явилась эффективным методом регионарной химиотерапии, выполнение которого целесообразно у больных с изолированным нерезектабельным метастатическим поражением печени при неэффективности системной химиотерапии.

ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОПАНКРЕАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Орлова Р.В., Лысанюк М.В.

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: уточнить рациональную тактику лечения больных гастроэнтеропанкреатическими нейроэндокринными опухолями (ГЭП-НЭО) с метастатическим поражением печени, позволяющую увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов лечения 195 больных ГЭП-НЭО, среди которых метастатическое поражение печени выявлено у 52 (26,7%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 86 лет. Женщин было 46,2%, мужчин – 53,8%. Отдаленные результаты лечения с оценкой медианы выживаемости изучены у 90,4% больных.

Результаты. Установлено, что первичная опухоль локализовалась в поджелудочной железе – у 16 (30,8%) пациентов, тонкой кишке – у 15 (28,8%), желудке – у 4 (7,7%), толстой кишке – 3 (5,8%). Определить локализацию первичной опухоли не удалось у 14 (26,9%) больных с метастазами НЭО в печени. Метастатическое поражение печени I типа выявлено у 21,2% больных, II типа – у 25,0%, III типа – у 53,8% больных соответственно. Нейроэндокринные опухоли G-1 диагностированы у 27,9% пациентов, G-2 – у 46,5%, нейроэндокринной карциномы (НЭК) G-3 – у 25,6%.

Комбинированное лечение у 21 (40,5%) пациента, включало удаление первичной опухоли в сочетании с удалением метастазов печени либо их локальной деструкцией (РЧА, МВА) – у 13,5% (группа 1), с химиоэмболизацией печени – у 13,5% (группа 2), с лекарственной терапией – у 13,5% (группа 3). Показанием к оперативному вмешательству на печени у больных 1 группы являлись I (71,4%) и II (28,6%) тип поражения. Выбор объема резекции печени определялся локализацией, количеством метастазов и включал анатомическую резекцию у 75% больных, атипичную резекцию – у 25%. У больных 2 и 3 групп удаление метастазов не проводилась в связи с III типом поражения и тяжестью соматического состояния пациента в 71,4% и 28,6% случаев соответственно. Лекарственная терапия в качестве единственного метода лечения проводилась 31 (59,6%) пациенту (группа 4). Показанием к выбору данного варианта лечения был III тип поражения печени и соматическое состояние больного в 72% и 28% случаев соответственно.

Заключение. Проведенный анализ отдаленных результатов лечения позволил установить, что наилучшие показатели выживаемости достигнуты в 1 и 2 группе пациентов, медиана выживаемости которых составила 48 мес. и 42,2 мес. соответственно и статистически не различалась (p>0,05). Показатели выживае-

мости были наихудшими у больных 3 и 4 групп, медиана выживаемости которых составила 28,5 мес. и 25,4 мес. соответственно.

ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ: ОБОСНОВАНИЕ ПРОТОКОЛЬНОГО ПОДХОДА

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К.

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Представлен анализ обследования и лечения 270 пострадавших с различными вариантами ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП), полученными во время операций на органах гастробилиодуоденальной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области, которые впоследствии поступили в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА и на ее клиническую базу. Использование современной класси-фикации «АТОМ» (2011,2013) позволили отобрать пациентов с ЯПЖП, полученными во время холецистэкомий и провести детальный анализ результатов их обследования и лечения.

Установлено, что основными признаками ЯПЖП во время операции, являются желче-истечение и деформация контура холедоха, а в послеоперационном периоде – желтуха, жел-чеистечение по дренажу и перитонит. Интраоперационная холангиография при подозрении на ЯПЖП во время операции, позволяет выявить повреждение, а также установить уровень и его масштаб. Установлено, что основными методами диагностики ЯПЖП после операции являются УЗИ-живота, чрездренажная фистулография, МРХПГ и диагностическая лапаро-скопия.

Полученные нами данные позволили модифицировать алгоритм диагностики и лечения ЯПЖП и выделить ведущие критерии выбора рационального варианта хирургического лечения. Установлено, что ведущими критериями являются: общесоматическое состояние пациента, наличие инфекционно-гнойных осложнений, масштаб повреждения, диаметр пересеченного основного желчного протока, механизм повреждения (термический или механический).

Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с ЯПЖП, свидетельствует, что выполнение наружного дренирования ОЖП как первого этапа лечения при полном по-вреждении ОЖП, наличии инфекционно-гнойных осложнений, узком диаметре ОЖП, тер-мическом характере повреждения, высоком операционно-анестезиологическом риске (ASA-4) исключает риск полеоперационных осложнений и позволяет выполнить успешную рекон-структивно-восстановительную операцию вторым этапом через 3,5±1,2 месяца с хорошими отдаленными результатами.

Выполнение восстановительных операций показано при частичных и окклюзионных повреждениях ОЖП (клипирование, лигирование). Формирование билиобилиарных анасто-мозов при полном повреждении нецелесообразно в связи с его полным рубцеванием.

Реконструктивно-восстановительная операция при отсутствии инфекционно-гнойных осложнений, тяжести соматического состояния пострадавшего ASA I-III, диаметре ОЖП более 6 мм, в виде формирования ГЕА по Ру, является основным методом по устранению полных повреждений ОЖП. Термический характер повреждения не позволяет интраоперационно оценить распространенность повреждения уровень демаркации. С учетом проведенного нами оригинального исследования, при выполнении рекон-структивно-восстановительной операции, при полном термическом повреждении целесообразно выполнять резекцию проксимальной культи ОЖП на 7 мм, а при полном механическом повреждении на – 3 мм от края пересечения.

Заключение. Выбор рационального варианта оперативного вмешательства с учетом современных классификационных позиций, учитывающих интегральную оценку ведущих критериев, позволяет обосно-

вать выбор рационального варианта хирургического вмешательства и значительно уменьшить число осложнений, летальности и повысить качество жизни больных ЯПЖП.

НАШ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Менабде Д.М., Тедорадзе В.О., Гибрадзе О.Т., Кашибадзе К.Н.

Кутаиская Церковная больница, Грузия
Республиканская клиническая больница г. Батуми, Грузия

Проблема лечения рака головки поджелудочной железы (ПЖ) является актуальной. Это обусловлено не только заметно возросшей частотой заболевания, но и расширением возможностей радикальной панкреатодуоденальной резекции (РПДР). Недостаток всех ранее предложеных методов РПДР: возникновение участков некроза в местах наложения швов между серозной оболочкой трубчатого органа и паренхимой ПЖ, с последующим развитием несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов, культевого панкреатита, полиорганной недостаточности и наступлением летального исхода у половины этих больных. Вышесказанное послужило основанием для усовершенствования панкреатодигестивного соустия.

За период с 2014 по 2017 гг. было проведено комбинированное лечение рака головки поджелудочной железы: хирургия + нео и адъювантная химиотерапия по схеме гемзар+фторурацил или гемзар+элокса тин+лейковорин. 8 больным панкреатодигестивный анастомоз был выполнен методом формирования погружного терминолатерального панкреатогастро анастомоза (ПГА) (мужчин было 6, женщин – 2). Возраст пациентов: от 42 до 70 лет. Описание методики формирования анастомоза: рассекается серозно- мышечный слой культи желудка до подслизистого слоя на длину соответствующей периметру культи ПЖ и отступя на 1 см от линии среза культя ПЖ сшивается с рассечённым серозно-мышечным слоем желудка непрерывным швом PDS монофиламентной нитью 5.0 с атравматической иглой, расстояние между стежками 3-4 миллиметра. После выполнения отверстия в культе желудка, соответствующему диаметру вирсунгово протока, изолированно сшивается вирсунгов проток со слизисто-подслизистым слоем культи желудка. Задняя поверхность ПГА прикрывается серповидной и круглой связками печени.

Послеоперационных осложнений со стороны погружного терминолатерального панкреатожелудочного анастомоза отмечено не было. Сочетание технической простоты, изящного исполнения и надежности путём прикрытия соустий круглой и серповидной связками, в комбинации с нео и адъювантной химиотерапией сокращает продолжительность операции и койка дней, не увеличивая при этом частоту послеоперационных осложнений.

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Мусаев А.И., Алиев М.Ж.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия
Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Киргизия

Цель исследования: оценить сколексоцидное действие декаметоксина 0,02% in vitro на плодоносные элементы эхинококка; улучшить методов интраоперационных обеззараживаний при эхинококкозе печени и уменьшить послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Исследования были выполнены in vitro для определения сколексоцидного действиядекаметоксина. Под наблюдением были 148 больных эхинококкозом печени с 2012-2015гг.

Результаты. Установлено, что «invitro» декаметоксин 0,02% влияет назародышевые элементы эхинококка с экспозицией в 4-5 мин. Что касается концентрации декаметоксина 0,02%, то уже на 4-5 минутах

все плодоносные элементы погибали.Выражалось это тем, что вторичные элементы эхинококка были неподвижными, интенсивно окрашивались в бурый цвет, внутренняя ее структура не дифференцировалась (патент № 1669 от 29.08.14).

Эти больные в послеоперационном периоде находились под нашим наблюдением в течение 3 лет, рецидивов эхинококкозане обнаружены.

Заключение. 1. Исследование показало возможность применения препарата для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка в клинике и доказаночто он не вызывает функциональных нарушений печени и почек.

2. Препарат обладает высоким сколексоцидным действиеми коротким временем экспозиции при обеззараживании плодоносных элементов эхинококка.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н.,
Саидазимов Е.М., Каменев А.А.

АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оптимизация результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы. В отделе хирургии печени и желчных путей РСЦХ им. акад. В. Вахидова с 1984 по 2016 гг. находились на лечении 586 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха и наружными желчными свищами (мужчин – 249, женщин – 337).

Результаты. Причинами образования рубцовых стриктур (РС) гепатикохоледоха и наружных желчных свищей (НЖС) были: повреждение желчных протоков при холецистэктомии (12,2%), при резекции желудка (5,0%) и при эхинококкэктомии из печени (3,8%).

Причины РС и НЖС: 1) пересечение и прошивание гепатикохоледоха и его ветвей (45,2%);

2) пристеночная или полная перевязка холедоха в области впадения пузырного протока (31,7%);

3) рубцовые стриктуры супрадуоденальной части холедоха (22,5%);

4) повреждение общего желчного протока при резекции желудка (5,0%).

Восстановительные операции были выполнены у 58 (9,9%) пациентов, в том числе, первичный шов на Т-образном дренаже или на дренаже Вишневского (28), билиобилиарное анастомозирование по типу “конец-в-конец” (16), пластика холедоха по Микуличу в сочетании с холецистэктомией (11), пластика обширного дефекта на передней стенке холедоха (3).

Реконструктивные операции выполнены у 476 (81,2%) больных: холедоходуоденоанастомоз 128 (21,8%), в том числе в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой – у 13 (2,2%). 118 (20,1%) больным произведен гепатикодуоденоанастомоз, гепатикоэнтероанастомоз по Э.И. Гальперину – 39 (6,7%). После резекции желудка по Бильрот–II гепатикоэнтероанастомоз с приводящей петлей осуществлен у 21 (3,6%) больных, бигепатикоэнтероанастомоз – у 13 (2,2%), гепатикогастроанастомозы – у 4 (0,7%) больных. Анастомоз дополняли наружным дренированием по Фелькеру у 36 (6,1%) больных с проксимальной стриктурой гепатикохоледоха, транспеченочным по Сейпол-Куриану – у 33 (5,6%). Гепатикоэнтероанастомозы по Ру на выключенной петле выполнены у 39 (6,7%) пациентов.

Из 586 оперированных различные послеоперационные осложнения отмечены у 104 (17,7%) больных, из числа которых специфические осложнения отмечены у 43 (7,3%): несостоятельность швов анастомоза – у 7, кровотечения из зоны анастомоза – у 12, гнойный холангит у 19, аррозионное кровотечение из зоны анастомоза – у 5 больных. Летальность составила 7,6%.

Произведено 91 трансдуоденальное вмешательство, в том числе, 21 стентирование, результаты которых отражены ниже. Контрольная ЭРХПГ предпринята после ЭПСТ у 44 больных. Эндоскопическим

методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Выводы. Причиной возникновения ятрогенных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии. Среди восстановительных и реконструктивных операций основными являются билиобилиарные и билиодигестивные анастомозы, а при высоких повреждениях для профилактики несостоятельности швов и стенозирования анастомозов необходимо использование каркасного дренирования.

Методы эндобилиарного стентирования являются одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС. Они зачастую предотвращают больных от тяжелых реконструктивных полостных оперативных вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А.

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

Цель исследования: определить роль чрескожно-чреспеченочных вмешательств в хирургическом лечении проксимальных опухолей внепеченочных желчных протоков (ОПЖП).

Материалы и методы. За последние 10 лет чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена у 115 больных с синдромом механической желтухи, возникшей вследствие обструкции гепатикохоледоха ОПЖП.

Результаты. Из 115 больных с ОПЖП в 64 (55,6%) случаях по данным клинического обследования, КТ и УЗИ выявлены распространенные формы заболевания. В связи с чем, в 32 случаях выполнены наружное дренирование внутрипеченочных протоков, в 21 случае выполнено наружно-внутреннее дренирование и 11 больным выполнено эндопротезирование опухолевой стриктуры через ЧЧХС.

У 51 (44,4%) больных выполнено наружное дренирование желчных протоков с целью декомпрессии и уменьшения печеночной недостаточности в предоперационном периоде, как этап подготовки к радикальным операциям. Наряду с декомпрессивными мероприятиями больным проведена также дезинтоксикационная, инфузионая и гепатотропная терапия. В результате проведенного лечения у больных уменьшились явления острой печеночной недостаточности, снизились показатели билирубина крови и оперативные вмешательства проведены в более благоприятный период.

Среди больных выполненным чрескожно-чреспеченочные вмешательства как I этап к радикальной операции, у 20 больных была произведена холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и наложением гепатикоеюностомии и у 12 больных холецистэктомия, резекция печени, наложение бигепатикоеюноанастомоза.

Заключение. Чрескожно-чреспеченочные вмешательства у больных с ОПЖП, осложненными механической желтухой, позволили вывести пациентов из критического состояния, а у части больных выполнить радикальные оперативные вмешательства в более благоприятный период.

При распространенных формах заболевания и у больных с противопоказаниями к радикальным оперативным вмешательствам применение ЧЧХС, при возможности с эндопротезированием, является единственным методом помощи этой тяжелой категории больных.

СВОДНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А., Раимов С.А., Байбеков Р.Р.

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

В РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 1976-2017 гг. различные варианты портосистемного шунтирования (ПСШ) выполнены у 1006 пациентов с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 938 (93,2%) случаях был цирроз печени (ЦП), у 68 (6,8%) – внепеченочная форма ПГ. Средний возраст больных составил – 29,1±0,63 лет. Женщин было 433 (43%), мужчин – 573 (57%).

У 612 (60,8%) больных в анамнезе имели место кровотечения из ВРВПЖ, из них – у 298 (29,6%) – однократное и у 314 (31,2%) – многократное. Согласно классификации Child-Pugh (1973) к функциональному классу «А» отнесены 244 больных (24,3%), к классу «В» – 712 (70,8%) и к классу «С» – 49 (4,9%). Необходимо отметить, что присутствие в анализируемых выборках функционального класса «С» относится к началу внедрения ПСШ, когда еще были дискутабельны критерии отбора пациентов для данного оперативного вмешательства.

В структуре шунтирующих операций дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) составил 47,7% (480 пациентов); проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией – 16,2% (163); латеро-латеральный спленоренальный анастомоз – 11,4% (115); спленосупраренальный анастомоз – 11,6% (113); Н-образный спленоренальный анастомоз –7,4% (74).

Одним из тяжелых послеоперационных осложнений у больных после центральных ПСШ является развитие печеночной недостаточности. На этапе внедрения отмечена самая высокая частота этого осложнения, что связано с освоением методики и включением в эту группу пациентов функционального класса «С» по Child-Pugh. В настоящий период достигнуты наиболее низкие показатели послеоперационных осложнений, в частности печеночная недостаточность – 7,9%, тромбоз анастомоза – 2,3% и ранний рецидив кровотечения из ВРВПЖ – 2,2%.

Конечно, указанная группа осложнений имеет принципиальное значение и в отдаленный период наблюдения, однако уже по ближайшим результатам можно констатировать значительное улучшение качества хирургической коррекции ПГ путем индивидуального подхода к типу шунтирования и, при необходимости, формировании парциального сброса, позволяющего сохранить на приемлемом уровне объем остаточного гепатопетального кровотока. Этим и объясняется низкая частота развития специфических для ПСШ осложнений.

Что касается селективного шунтирования, то у этой группы больных частота развития специфических осложнений в настоящий период снижена до 7,7%, 2,3% и 4,3% соответственно. Частота кровотечений из ВРВПЖ после селективного шунтирования оказалась выше, чем в группе центральных анастомозов (4,3% против 2,7%), что объясняется более высоким остаточным портальным давлением в раннем периоде после ДСРА.

В настоящий период на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока частота летальности в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,4% при центральном шунтировании и 3,7% при селективной декомпрессии.

В сроки через 2-3 месяца после ПСШ больным выполнялось контрольное эндоскопическое исследование для оценки эффективности декомпрессии.

Таким образом, 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.

ФИЛЬТРАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАНЗИТА ЖЁЛЧИ В ДПК: ПАТОМОРФОЗ И ФИЗИОЛОГИЯ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ОПИСТОРХОЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ

Онищенко С.В., Дарвин В.В.

БУ ВО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Для описторхозного папиллита характерна фазность течения в соответствии со стадиями заболевания: аденоматозной, аденофибропластической и склеротической. Анализ гистологических и морфометрических данных показал, что при этом в различных тканевых слоях дуоденального сосочка одновременно протекают и пролиферативные и инволютивные процессы, имеющие в разных стадиях заболевания различную направленность, но с преобладанием явлений пролиферации. Происходящие при описторхозном папиллите изменения в тканях большого сосочка ДПК можно характеризовать как прогрессирующую деградацию морфологических структур, приводящую в итоге к функциональной несостоятельности этого анатомического образования. Поскольку расширение стенок происходит не только в наружном, но и во внутреннем направлении, просвет дуоденального сосочка при этом, соответственно, уменьшается, и наблюдается это уже в аденоматозной стадии, а не только в склеротической, когда наступает его рубцевание и сморщивание.

Принципиально важным является также факт, выявленный при анализе поперечных срезов БСДК, – это отсутствие зияния просвета сосочка и уменьшающуюся, но не исчезающую складчатость слизистой оболочки, наблюдаемую в виде своеобразной розеткоподобной структуры канала даже в склеротическую стадию папиллита. Складки слизистой оболочки создают комплекс щелевидных пространств и пор, имеющих важное функциональное значение. Они, на фоне имеющегося градиента давления, обеспечивают поступление жёлчи в антеградном направлении (путём просачивания её по щелям) и выполняют роль клапана, препятствуя развитию дуоденобилиарного рефлюкса.

Проведенные нами дебитоманометрические исследования билиарного тракта при экспериментальном описторхозе показали, что статистически значимое уменьшение внутреннего диаметра дуоденального сосочка (до определённого критического значения) приводит к компенсаторному статистически значимому увеличению манометрических данных, но не к статистически значимому снижению дебита физиологического раствора или взвеси описторхов в нём. Блок канала возможен лишь тогда, когда размер включений соизмерим с размером поперечного сечения канала. В условиях данного исследования критическое значение диаметра канала составляло 0,5 мм (которому соответствует площадь просвета в 0,2 мм^2): именно такая площадь поперечного сечения примерно характерна для одной особи описторха, что в эксперименте и было доказано. Данный факт косвенно подтверждает, что просвет конечного отдела дуоденального сосочка представлен не сплошным каналом круглого сечения, а комплексом щелей и пор (с величиной просвета не более 0,5 мм), образованных складками слизистой оболочки, через которые жёлчь протекает по типу просачивания или фильтрации. Окончательным подтверждением этого является соответствие дебитометрических данных, полученных в опыте, расчётным значениям ($p = 0,882$), определённым с помощью квадратичной формулой Дарси, описывающей фильтрационное (ползучее) движение жидкости в пористых средах.

Таким образом, основываясь на данных микроскопии поперечных срезов сосочка, результатах дебитометрических исследований, учитывая возможности закупорки канала мелкими инородными включениями, а также – соответствие фактического дебита сосочка данным, рассчитанным по формуле Дарси, можно считать доказанным факт существования в канале дуоденального сосочка своеобразного щеле-порового комплекса, состоящего из складок слизистой оболочки, механизм тока жёлчи через который (при определённых условиях) характеризуется как фильтрационный, при этом её движение подчиняется гидродинамическому закону Дарси и описывается одноимённым квадратичным уравнением. Существование в дуоденальном сосочке такого тонкого анатомо-физиологического механизма регуляции транзита жёлчи требует органосберегающего к нему отношения в клинических условиях при выполнении манипуляций с БСДК при его патологии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Попов С.А., Тлостанова М.С., Павловский А.В., Поликарпов А.А., Полехин А.С., Тимергалин И.В., Сергеев В.И.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, России

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы НЭО ПЖ являются относительно редкой патологией, их частота не превышает 2% среди НЭ опухолей желудочно-кишечного тракта, а также 10% случаев от всех новообразований этого органа. В связи с частым отсутствием гормональной активности и специфических клинических проявлений, при установке диагноза до 80% пациентов имеют метастатическое поражение печени и, нередко, признаки местной распространенности. Однако, при четвертой стадии заболевания 5 лет живут 30-40% больных, а после выполнения циторедуктивных вмешательств этот показатель может достигать 76%. В ФГБУ РНЦ РХТ с 2005 г. наблюдали и получали лечение 62 пациента с НЭО ПЖ, из них за период с 2005 по 2009 гг. 11 больных, а с 2010 по 2016 гг. 51 пациент. Клинико-лабораторные проявления заболевания встречались только у части пациентов. Жалобы на «приливы», диарею и схваткообразные боли в животе в 34,2% случаев. В 61,4% случаев повышение серотонина, триптофана и индолуксусной кислоты в крови и моче, у 19% больных высокий уровень хромогранина А крови. Более чем в 30% случаев длительный анамнез наблюдения в других учреждениях (от 5 до 62 месяцев) с признаками прогрессирования онкологического заболевания на момент первичного обращения в нашу клинику. Синхронные, как правило, множественные, метастазы в печени обнаружены у 65% пациентов. Хирургическое лечение с удалением первичной опухоли выполнено в 73% случаев (n=45). Из них расширенные и сочетанные операции при местнораспространенных опухолях у 20% больных, циторедуктивные с локальным воздействием на вторичные очаги (внутриартериальная химиоэмболизация печени, части пациентов локальная деструкция метастазов, резекция печени) у 53.3%. Для выявления рецидива, оценки активности опухолевого процесса выполняли ПЭТ с Ga68-Dotatate. По поводу рецидива заболевания и\или прогресирования вторичного поражения печени повторно прооперировано 11.1% пациентов. При G1, G2 формах местнораспространенных или метастатических НЭО ПЖ живы более 80% оперированных пациентов в срок от 3.5 до 82 мес. Только нескольким пациентам из них в настоящее время проводится противоопухолевое лекарственное лечение.

Заключение. Наш пыт подтверждает целесообразность расширения показаний к хирургическому методу лечения НЭО ПЖ (G1, G2), в том числе к операциям по поводу рецидива заболевания. Интервенционно-радиологические методы позволяют более эффективно и безопасно применять противоопухолевую лекарственную терапию при НЭО. ПЭТ с 68Ga-DOTATATE имеет наибольшую диагностическую ценность для определения тактики хирургического лечения этой группы пациентов.

ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нагорная Ю.В., Чумакова Г.Ю.

ГБУЗ Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. Оперативные вмешательства на поджелудочной железе (ПЖ) являются одной из сложнейших областей детской хирургии. Как правило, залогом успешного хирургического лечения различной патологии ПЖ является ее эффективное дренирование.

Цель исследования: определение хирургической тактики при лечении детей с патологией ПЖ.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2016 гг. различные оперативные вмешательства на ПЖ были выполнены у 15 детей в возрасте от 10 месяцев до 15 лет (средний возраст 9 лет). Мальчики составили 54% (8 больных) и девочки 46% (7 больных). Показаниями к операции были: посттравматическая киста ПЖ – 5 (33.3%); врожденный фиброзный панкреатит – 1 (6.7%), панкреатолитиаз – 1(6.7%), киста ПЖ – 4 (26.6%),

псевдопапиллярная опухоль – 3 (20%), тупая травма живота с повреждением ПЖ – 1 (6.7%). 9 детей (60%) первично оперированы по месту жительства, в основном это дети с травматическим повреждением ПЖ – 6 (40%).

Выполнены следующие оперативные вмешательства: цистоэнтероанастомоз по Ру – 5 (33.3%), панкреатоэнтероанастомоз по Ру – 7 (46.6%), удаление опухоли железы – 2 (13.3%), лапароскопическое удаление опухоли с формированием панкреатоэнтероанастомоза – 1 (6.7%). Нужно отметить, что при выполнении панкреатоэнтероанастомоза ПЖ рассекалась на всем протяжении со вскрытием Вирсунгова протока.

Результаты. Длительность операции в среднем составила – 116 минут (от 60 до 235 минут). Без осложнений послеоперационный период протекал у 11 (73.3%) человек. У 4 пациентов после создания панкреатоэнтероанастомоза наблюдали различные осложнения: кровотечение ЖКТ, кровотечение из брюшной полости, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, несостоятельность пакреатоэнтероанастомоза. Повторные операции в раннем послеоперационном периоде в связи с осложнениями были выполнены у 3 пациентов. В одном наблюдении был выполнен панкреатоэнтероанастомоз после наложения цистоэнтероанастомоза в ближайшем послеоперационном периоде.

Контрольное обследование проведено всем детям в сроки от 6 месяцев до 2 лет после оперативного лечения. Во всех случаях за исключением 1 пациента удовлетворительные результаты по данным МРТ, УЗИ, КТ, биохимии исследования крови. В одном наблюдении после выполнения цистоэнтероанастомоза через 6 месяцев был выполнен панкреатоэнтероанастомоз.

Заключение. Пациенты после выполнения панкреатоэнтероанастомоза в подавляющем большинстве имеют отличные непосредственные и отдаленные результаты. У части пациентов после выполнения цистоэнтероанастомоза необходима повторная операция – панкреатоэнтеростомия, в связи с неудовлетворительными результатами. Несмотря на большую техническую сложность, панкреатоэнтероанастомоз можно считать операцией выбора при необходимости эффективного дренирования поджелудочной железы.

НОВОЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Расулов Н.А., Курбонов К.М.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: обосновать роль процессов перекисного окисление липидов (ПОЛ) и цитокинового профилья (ЦП) в развитии рубцовой стриктуры желчных протоков (РСЖП).

Материалы и методы. Для обоснования роли процессов ПОЛ и ЦП в патогенезе РСЖП на 12 кроликах были проведены экспериментальное исследование. Для создания модели ятрогенного повреждения желчных протоков и возникновения РСЖП животных распределили на 3 группы по 4 каждые. В первой группе (n=4) подопытным животным под общим обезболиванием после лапаратомии производили повреждение общего желчного протока на участке 0,4-0,5см скальпелем. Далее рано не заживалось, а выше участка ранения на ложе циркулярный шов с полным перекрытием желчного протока. Выше зонный циркулярного шва, для декомпрессии желчный проток вводили дренажную трубку. Животным второй группы (n=4), анологичным способом нанесено травма желчного протока без её ушивания. В третьей группе (n=4) животным после нанесение ятрогенной травмой общего желчного протока производили восстановление ее целостности.

На 2-е, 5-е, 10-е и 15-е сутки выполняли релапаротомию, объективно изучали характер заживления ран общего желчного протока, брали биопсию с краев раны для гистологического исследования, а также изучали показатели уровня продуктов ПОЛ и ЦП.

Результаты. Исследование показателей ПОЛ в биоптатах общего желчного протока и в кровы у подопытных животных показало, что у животных 1и 2 группы наблюдалось значительное повышение уровня ДК и МДА на 2-5 сутки составляющие – 1,21±0,7 ед. опт/мг, 1,32 + 5,0 ед.опт/мг и 1,3±0,3 нмоль/мг, 2,5±0,4 нмоль/мл. Содержание уровня IL-6 и ФНОб составило- 15,4±0,6 пг/мг до 21,2±0,1 пг/мл и 17,1±0,8 до 20,4±0,5 пг/мл.

Морфологические исследования в биоптатов свидетельствовало о выраженных нарушениях процессов заживления ран и коллагена.

Заключение. Пусковым механизмом развития РСЖП наряду с раздражающим действием желчи являются окислительный стресс и локальным повышением уровня провосполительных цитокинов в значительной степени нарушающие процессы созревания соединительной ткани.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ – ОПЫТ РНЦРХТ

Руткин И.О., Тимергалин И.В., Боровик В.В., Попов С.А., Гранов Д.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить результаты внедрения метода эндовидеохирургических (ЭВХ) резекций в лечении пациентов с новообразованиями печени.

Материалы и методы. ЭВХ резекции печени в нашем центре выполняются с октября 2010 года. За этот период проведено лечение 153 больным с новообразованиями печени: первичный рак печени (ГЦК) – 16, метастатический рак – 41, в т.ч. в 34 случаях – колоректальный. Доброкачественные новообразования встречались в 96 наблюдениях (билиарные кисты печени – 33, гемангиомы – 30, узловая гиперплазия печени – 23, аденома печени – 4). Эхинококкоз печени был диагностирован в 6 случаях. Цирроз печени с сопутствующими нарушениями коагуляции отмечены у 18 пациентов, в т.ч. уровень тромбоцитов ниже 50х109/л у 6 пациентов. Объем операции определялся размерами и локализацией новообразования: наиболее часто выполнялись атипичные резекции – 98 вмешательств, сегментэктомии – 29, резекции 2-х и более сегментов печени – 26 наблюдений, в т.ч. гемигепатэктомии – 4. ЭВХ резекции печени по показаниям сочетались с выполнением холецистэктомии в 32 случаях, радиочастотной аблацией резидуальных опухолевых узлов печени в 22 наблюдениях, резекцией диафрагмы у 4 пациентов, дренированием желчных путей по Керу в 3 случаях, удалением первичной опухоли с резекцией кишечника в 3 наблюдениях. При необходимости выполнялось интраоперационное эндоскопическое ультразвуковое исследование печени (ЭУЗИ).

Результаты. Среднее время операции на начальном этапе внедрения метода составило 144,1±36,7 мин, в дальнейшем оно сократилось до 97,8±30,3 мин. Средняя величина кровопотери 163,2±43,5 мл, гемотрансфузии понадобились только 4 пациентам. Для разделения паренхимы печени кроме стандартных инструментов использовались следующие приемы: аппаратный шов в 45 случаях, радиочастотная коагуляция плоскости резекции в 23 наблюдениях, ручной шов с тампонадой гемостатической губкой в 14 случаях. Дополнительный гемостаз осуществлялся аргоноплазменной коагуляцией в большинстве наблюдений, гемостатическими средствами в 23 случаях. В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартное лечение. Наблюдение в ОАРИТ более 8 часов понадобилось только в 2 случаях. Эпидуральное обезболивание не требовалось, в терапии наркотическими аналгетиками более 2 суток нуждались 8 больных. Желчные затеки с плоскости резекции печени, потребовавшие дополнительного чрескожного дренирования, наблюдались в 3 случаях. Повторных оперативных вмешательств, связанных с осложнениями ЭВХ резекций печени не выполнялось. Послеоперационной летальности не было. Средний койко-день после операции составил 9,1±3,2 сут. Всем больным осуществляли контроль при помощи лучевых методов диагностики (МСКТ, МРТ) через 1 мес. после операции и в последующем периоде с интервалом, согласно утвержденным в клинике протоколам.

Заключение. В настоящее время абсолютное большинство экономных резекций печени в нашем центре выполняется ЭВХ способом. Совершенствование навыков хирургической бригады позволяет также ставить показания к обширным ЭВХ резекциям, в первую очередь при доброкачественном очаговом поражении печени. Современное оборудование, в том числе ЭУЗИ печени, позволяет четко определить объем поражения и степень вовлечения сосудисто-секреторных элементов с целью оптимизации хирургической тактики. Использование комбинированных способов гемостаза позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю даже при наличии сопутствующего цирроза печени и коагулопатии. Развитие ЭВХ в

клинике позволило улучшить функциональные результаты лечения больных и уменьшить затраты на послеоперационное лечение.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Ивахно И.В., Панасенко В.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Введение. Морфологические и функциональные изменения печени при обструктивном холестазе подробно описаны. В литературе не отражены морфофункциональные изменения печени при сочетании холестаза, осложненного острым панкреатитом.

Цель исследования: сравнение морфофункциональных изменений печени в эксперименте на моделях обструкивного холестаза и острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. На крысах линии Вистар (n = 23) смоделирован холестаз путем перевязки общего желчного протока, острый билиарный панкреатит (n = 21) вызывали низкой перевязкой билиопанкреатического протока. На 1-е, 3-и, 7-е сутки определяли содержание в крови билирубина и альбумина, активность трансаминаз и щелочной фосфатазы, исследовали гистоструктуру печени. Контролем послужили 11 здоровых животных.

Результаты. В группе обстуктивного холестаза погибла одна крыса (4,3%). В группе острого билиарного панкреатита – 8 (38%) (p<0,01).

В обеих группах оперированных животных отмечена выраженная гипербилирубинемия (табл. 1), которая во все сроки была достоверно выше в группе обструктивного холестаза, в сравнении с группой острого билиарного панкреатита. Активность щелочной фосфатазы только на 1 стуки была выше в группе холестаза, на 3 сутки достоверной разницы не отмечено, а на 7 в группе обструктивного холестаза значение ЩФ не отличалось от контроля. В группе острого билиарного панкреатита в эти же сроки ЩФ была достоверно выше нормального значения. Активность трансаминаз в обеих группах была достоверно выше нормального значения лишь на 1 сутки, достоверно не отличаясь при обструктивном холестазе и при остром билиарном панкреатите. С увеличением срока эксперимента в обеих группах выявлена тенденция снижения содержание альбумина, без достоверного различия между группами в одинаковые сроки эксперимента.

Таблица 1.

Биохимические показатели крови экспериментальных животных

Показатель	Контроль	1-е сутки		3-е сутки		7-е сутки	
		ОП	ОХ	ОП	ОХ	ОП	ОХ
Билирубин, мкмоль/	7,4±1,2	180,7±43,9	293,7±90,3	150±19,3	216,8±22,9	123,7±27,3	190,9±10,3
Щелочная фосфатаза, ед	9,643±892	22088±3109	26015±4496	17117±4258	14079±1675	22088±5170	10994±780
АлТ, ед	2,5±0,15	5,04±0,6	6,6±0,3	5,2±0,5	4,6±0,4	2,3±0,4	2,1±0,3
Аст, ед	3,7±0,6	4,5±0,4	5,6±0,7	4,4±0,9	4,3±0,5	4,7±0,7	3,6±0,4
Альбумин, г/л	26,7±1,6	27,2±0,9	27,7±0,6	24,8±0,9	24,5±1,4	22,3±3	25,1±1,4

При исследовании гистоструктуры печени в обеих группах наблюдали очаги некрозов гепатоцитов. Наряду с этим, выявлена гипертрофия гепатоцитов с увеличением ядерно-цитоплазматического отношения, увеличение объемной плотности портальных трактов, увеличение показателя числа желчных протоков, увеличение числа синусоидальных клеток. Эти изменения достоверно были более выражены и наступали раньше в группе обстуктивного холестаза.

Выводы. Изменения биохимических показателей крови и морфологические изменения печени при экспериментальном остром билиарном панкреатите предположительно обусловлены последствиями холестаза и носят менее выраженный характер, чем при изолированном холестазе.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тарасик Л.В., Хрыщанович В.Я., Шорох С.Г., Соколовский П.А., Хвалёнов Д.В., Можако Д.Д.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь
Городской центр гастродуоденальных кровотечений, Минск, Беларусь
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Введение. Эктопия поджелудочной железы (ПЖ) – панкреатическая ткань, локализованная в нетипичном месте, которая сохраняет свою структуру, имеет собственное кровоснабжение и протоковую систему. Эктопия ПЖ в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК) может осложняться аррозивным кровотечением, острым и хроническим воспалением с развитием фиброза и стриктурой просвета.

Цель исследования: обозначить тактику диагностики и лечения осложненной эктопии ПЖ в стенку ДПК, продемонстрировать удовлетворительные результаты лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы. В период с 2010 по апрель 2017 гг. в Городском Центре гастродуоденальных кровотечений (ЖКК) г. Минска оперировано 6 пациентов по поводу осложнений эктопии ПЖ в стенку ДПК. Возраст пациентов варьировал от 46 до 72 лет. Средний возраст составил 55,8 лет. Мужчин было 5, женщин – 1.

У всех пациентов была клиника желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), которая проявлялась меленой (6), рвотой кровью (4), слабостью (6). Состоявшееся кровотечение диагностировано у 3 пациентов, клиника продолжающегося кровотечения наблюдалась у 3 пациентов. Кровопотеря легкой степени установлена у 2 пациентов, средней степени – у 1 пациентов, тяжелой степени – у 3 пациентов.

Всем пациентам проводили экстренную ФЭГДС. Вероятный источник кровотечения трактовался, как острая язва (2), прорастание извне (2), опухоль ДПК (1), не был установлен (1). Стеноз ДПК был выявлен в 4 случаях. С целью дообследования компьютерная томография проводилась у 4 пациентов, эндосоноскопия у 2 пациентов.

Всем пациентам проводили интенсивную консервативную терапию, включавшая инфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию, гемо-плазмотрансфузию.

Эндоскопический гемостаз проводили у 3 пациентов.

Экстренное хирургическое вмешательство выполняли у 2 пациентов, срочная операция – у 4 пациентов.

Интраоперационно во всех случаях в проекции вероятного источника кровотечения визуально и пальпаторно в стенке ДПК определялась эктопированная ткань ПЖ. По локализации: D1 – 3, D2 – 3.

Выбор объёма операции зависел от локализации эктопии ПЖ, соотношении ее с большим дуоденальным соском (БДС).

У всех пациентов были выполнены операции с сохранением головки ПЖ, максимальным сохранением ДПК. Иссечение эктопии ПЖ, дуоденопластика проводилась в 1 случае. Резекция ДПК с эктопией ПЖ – в 1 случае. Резекция луковицы ДПК с резекцией желдука по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 3. Реконструктивная операция с трансплантацией БДС – в 1 случае. Панкреатодуоденальные резекции не проводились.

Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы. Диагностика эктопии ПЖ в стенку ДПК, осложненной кровотечением, должна по возможности включать в себя не только рутинное проведение ФЭГДС, но и визуализациоонные методы исследования с целью определения локализации и распространненности процесса. Методом выбора в хирургической тактике лечения эктопии ПЖ следует признать органосохраняющие операции. Оптимальным видом хирургического вмешательства следует считать панкреатодуоденосохраняющие операции.

ДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГОЛОВЧАТОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тарасик Л.В., Хрыщанович В.Я., Седун В.В., Соколовский П.А.,
Козик Ю.П., Якута И.С., Карпова И.Н.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь
Городской центр гастродуоденальных кровотечений, Минск, Беларусь
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Введение. Дистрофия стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) на фоне хронического панкреатита описывается, как фокальное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), поражающее область, ограниченную головкой ПЖ и подковой ДПК, приводящее к необратимым морфологическим и функциональным изменениям стенки ДПК. Дуоденальная дистрофия может проявляться непроходимостью, геморрагическим дуоденитом, изъязвлением, деструкцией, флегмоной стенки ДПК, панкреатодуоденальными свищами. Указанные проявления осложняются желудочно-кишечным кровотечением различной степени интенсивности.

Материалы и методы. В период с 2007 по апрель 2017 гг. в Городском Центре гастродуоденальных кровотечений г. Минска оперировано 14 пациентов по поводу геморрагических осложнений дуоденальной дистрофии на фоне хронического головчатого панкреатита. Возраст пациентов варьировал от 32 до 60 лет. Средний возраст составил 47 лет. Мужчин было 13, женщин – 1. Все указанные пациенты госпитализированы с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), которая проявлялась меленой (14), рвотой кровью (9), слабостью (13). Остановившееся кровотечение диагностировано у 9 пациентов, клиника продолжающегося кровотечения наблюдалась у 5 пациентов. Кровопотеря легкой степени установлена у 4 пациентов, средней степени – у 4 пациентов, тяжелой степени – у 6 пациентов. Всем пациентам проводили экстренную ФЭГДС. Геморрагический дуоденит с явлениями непроходимости был выявлен в 4 случаях, деструкция стенки ДПК, изъязвления – в 5 случаях, панкреатодуоденальные свищи – в 4 случаях, папиллит, признаки флегмоны ДПК – в 1 случае. С целью дообследования, верификации диагноза компьютерная томография проводилась у 14 пациентов, эндосоноскопия – у 9 пациентов. Установлены следующие этиологические факторы дуоденальной дистрофии: псевдотуморозный панкреатит – 2, поликистоз головки ПЖ – 3, псевдокисты головки ПЖ с формированием псевдоаневризм перипанкреатических артерий – 6, абсцессы (инфицированные псевдокисты) головки ПЖ – 2. Патологический процесс распространялся протяженно и вовлекал сегменты D1, D2, D3 ДПК у всех пациентов.

Результаты. Всем пациентам проводили интенсивную консервативну. терапия, включавшая инфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию, гемо-плазмотрансфузию.

Эндоскопический гемостаз проводили 6 пациентам. Достичь стабильного гемостаза не удавалось.

Экстренное хирургическое вмешательство выполняли 6 пациентам, срочную операцию – 8 пациентам.

Интраоперационно во всех случаях определялась измененная стенка ДПК на всем протяжении. Визуально и пальпаторно при первичном исследовании ДПК определить источник кровотечения было затруднительно. При вскрытии сальниковой сумки, исследовании головки ПЖ выявлялись признаки псевдотуморозного панкреатита с инвазией стенки ДПК (3), поликистоз (3), псевдокисты ПЖ с формированием псевдоанеризм (6), абсцессов (2) головки ПЖ. Это соответствовало данным КТ.

Учитывая необратимые изменения стенки ДПК, наличие патологического процесса в головке поджелудочной железы, который являлся этиологическим фактором возникновения дуоденальных кровотечений, у всех пациентов выполнялись радикальные одномоментные реконструктивные операции в объеме панкреатодуоденальной резекции по принятой в клинике методике, которые в 3 случаях дополнялись резекцией желудка.

Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы. Геморрагические осложнения дуоденальной дистрофии на фоне хронического головчатого панкреатита требуют дооперационной постановки четкого топического диагноза с верификацией источника кровотечения. Выполнение одномоментного органосохраняющего радикального хирургического вмешательства, устраняющего этиологическую причину гастроинтестинального кровотечения и коррегиру-

ющего мультиорганные повреждения, обеспечивает стойкий гемостаз, удовлетворительный ближайший и отдаленный результат лечения данной категории пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Рахимов О.У.

АО Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Одной из самых сложных проблем неотложной хирургии органов гепатобилиарной системы остается лечение больных с интраоперационными осложнениями, число которых в течение последних десятилетий продолжает увеличиваться.

Цель исслдеования: улучшение результатов лечения пациентов с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. Мистематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) у 121 больных. У 83 пациентов (68,6%) повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии, а у 38 (31,4%) пациентов во время лапароскопической холецистэктомии.

Результаты. Рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, фистулохолангиография, интраоперационная холангиография), а также МРТ-холангиография позволяли определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. По результатам обследования были выявлены следующие типы повреждений и стриктур (Э.И. Гальперин, 2002г.): (+2) – у 28 (23,1%); (+1) – у 35 (28,9%); (0) – у 38 (31,4%); (-1) – у 14 (11,6%); (-2) – у 6 (5%) пациентов.

Пассаж желчи в кишечник у 14 (11,6%) больных был восстановлен швом на Т-образном дренаже, между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 107 (88,4%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз применен у 17 пациентов, гепатикодуоденоанастомоз – у 16, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – у 35, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным Брауновским анастомозом – у 39. При проксимальных стриктурах для надежного формирования анастомоза использовали наружные дренажи по Фелькеру (7) или сквозной сменный дренаж по Сейпол-Куриану (6). Эти дренажи длительно (до 2 лет) сохраняли в просвете анастомоза и при необходимости заменяли (сменные дренажи) на другие.

В последние годы при проксимальных стриктурах применяем нами разработанный способ наложения гепатикоеюноанастомоза на металлическом каркасе (31).

Различные послеоперационные осложнения отмечены у 41 (33,9%) больных, умерли 11 (9,1%) пациентов. Причиной смерти были несостоятельность швов анастомоза и перитонит (4), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (5) и истощение при дуоденальном свище (1).

Заключение. Выбор способа хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчеотведения основывается на результатах комплексного использования рентгеноконтрастных методов диагностики, уровня и протяженности поражения гепатикохоледоха. Выявленные травмы желчных протоков являются показанием к радикальной коррекции желчеоттока с наложением билио-билиарного или билио-дигестивного анастомоза еще до развития тяжелых осложнений. Послеоперационные осложнения отмечены у 41 (33,9%) больных и умерли 11 (9,1%) пациентов. Наиболее хорошие результаты получены при наложении гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

NON-OPERATIVE MANAGEMENT (NOM) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ I-III КЛАССА ПО AAST

Шабунин А.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Дроздов П.А., Парфенов И.П.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: определение эффективности, безопасности и экономической целесообразности применения NOM у больных с изолированной травмой печени I – III класса по AAST.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 96 больных с изолированной тупой травмой печени I-III класса по AAST с января 2008 по декабрь 2016 года. До 2014 года показанием к оперативному вмешательству являлось травматическое повреждение печени с наличием свободной жидкости в брюшной полости – 1 группа (65 больных). С 2015 года стали применять алгоритм Non-operative management (NOM). Показания к NOM был стабильный статус больного при отсутствии перитонеальных симптомов и наличие не более 500 мл свободной жидкости в брюшной полости по протоколу FAST – 2 группа (31 больной). Показания к эмболизации – экстравазация контрастного препарата при компьютерной томографии с внутривенным контрастированием в артериальную фазу. В первой группе оперировано 59/65 больных. Во второй группе эмболизация выполнена 9/31 больным, консервативная терапия – 21/31 больному, оперированы – 3/31 больных.

Результаты. Летальность в первой группе составила 4/65 больных (6,15%). Во второй группе летальности не было. Эффективность консервативной терапии и артериальной эмболизации во второй группе больных соответственно составила 87,5% и 100%. Группы были сравнимы по полу, возрасту, объему гемоперитонеума, классу травмы по AAST. Во второй группе больных отмечено достоверное снижение среднего койко-дня в ОРИТ (3,1±1,2 (1-13) и 0,9±0,34 (0-4) соответственно ($p<0,05$), среднего общего койко-дня (17,45±6,34 (11-42) и 9,76±3,34 (5-21) соответственно ($p<0,05$), количества осложнений (11/65 (16,9%) и 2/31 (6,4%) соответственно ($p<0,05$), летальности (4/65 (6,15%) и 0/31 (0%) соответственно ($p<0,05$), оперативной активности (59/65 (90,2%) и 3/31 (9,7%) соответственно ($p<0,05$).

Выводы. Применение NOM у больных с изолированной травмой печени I-III класса по AAST безопасно у гемодинамически стабильных пациентов, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, время нахождения в ОРИТ, средний койко-день.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шабунин А.В., Тавобилов М.М., Бедин В.В., Карпов А.А., Дроздов П.А., Парфенов И.П.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Неудовлетворительные показатели выживаемости больных с раком головки поджелудочной железы требуют использования комплексного подхода к лечению этой сложной категории пациентов.

В условиях ГКБ им. С.П. Боткина проведено исследование нового метода лечения протокового рака головки поджелудочной железы, включающего в себя неоадъювантную химиоэмболизацию (НАХЭ) сосудов опухоли за 5-7 дней до хирургического вмешательства, собственно радикальную операцию, проведение интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) с последующей адъювантной химиотерапией.

Цель исследования: оценка безопасности, эффективности нового метода периоперационной химиолучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 114 пациентов с протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2013 по январь 2017 года. Хотелось бы отметить, что у исследованных больных не было отличий в гистологических характеристиках опухоли, концентрации опухолевых маркеров, стадийности онкологического процесса. В 28 случаях была использована комбинация неоадъювантной химиотерапии и радикальной операции, 33 больным проведено лечение в объеме ИОЛТ и панкреатогастродуоденальной резекции (ПГДР), в 23 случаях был использован новый метод периоперационной терапии. 30 больным был применен стандартный метод лечения (ПГДР и адъювантная химиотерапия). ИОЛТ проводилась системой лучевой терапии «Интрабим PRS 500» стандартной дозой 20 Гр. Также выполнялось гистологическое и ультраструктурное изучение краёв резекции. Всем 114 пациентам выполнена стандартная ПГДР с лимфодиссекцией D2.

Оценивая результаты исследования, было отмечено, что только у больных из группы сравнения отмечены местные рецидивы заболевания (3/30). Медиана выживаемости составила 336, 356, 359 и 333 дней. Однолетняя выживаемость составила: 78,6% (НАХЭ), 87,9% (ИОЛТ), 95,7% (ПОХЛТ) и 73,3% в контрольной группе (P=0,0257, 95% CI). Все лечебные методики были хорошо переносимы пациентами и не имели серьёзных осложнений.

Заключение. Показатели однолетней выживаемости больных, перенесших новый метод лечения в объеме периоперационной химиолучевой терапии, демонстрирует преимущество комплексного подхода к лечению протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы.

II. ХИРУРГИЯ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ПРОТОКОВ

ХИРУРГИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: проанализировать реультаты диагностики и лечения больных с синдромом Мириззи (СМ)

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 115 больных с СМ, мужчин было – 36 (31,3%), женщин – 79 (68,7%). Средний возраст больных составил 41 год. У всех обследованных больных при поступлении наблюдали явления механической желтухи (МЖ) с билирубинемией от 55 до 840 мкмоль/л. У 48 (42,3%) больных имелась клиника гнойного холангита. На первом этапе начинали с выполнения эндоскопических диагностических и оперативных вмешательств в виде ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), а при их неэффективности чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). РПХГ была выполнена всем пациентам. 102 (88,7%) больным СМ на фоне РПХГ в последующем проводили ЭПСТ. У 13 (11,3%) больных в связи с тем, что данное вмешательство им было выполнено ранее, от проведения ЭПСТ воздержались. Литоэкстракция (ЛЭ) удалась лишь у 4 (3,5%) больных после механической литотрипсии. ЛЭ не проведена 22 больным из-за несоответствия размеров терминального отдела холедоха и конкремента: 6 (5,2%) больным выполнено назобилиарное дренирование и отведение желчи, 4 (3,4%) эндобилиарное стентирование холедоха и 12 (10,4%) больным выполнено чрескожно- чреспеченочное дренирование.

Результаты. После купирования механической желтухи и холангита оперировано 78 больных. У 23 больных проведенные оперативные вмешательства в срочном и отсроченном порядке завершались разобщением ХБС и поперечным ушиванием дефекта стенки холедоха. При этом летальный исход наблюдался у 2 больных, что составляло 2,5%. Пластика стенки холедоха на дренаже Кера применена у 38 больных, при этом в этой группе наблюдался 1 летальный исход, что составило 0,8%. Глухой шов холедоха с дренированием холедоха по Пиковскому выполнен у 11 больных, при этом летальных исходов в данной группе не отмечалось. Ликвидация дефекта стенки холедоха осуществлялась путем произведения пластики последней 4 больным. Причем у этих больных пластика свища осуществляли формированием пузырного протока из стенки желчного пузыря и дренированием холедоха с области пластики через сформированный канал по предложенной методике нашей клиники. При этом летальных исходов не наблюдалось. У 2 больных была проведена гепатикодуоденостомия. У больных с пластикой свища с формированием пузырного протока по предложенной нами методике осложнений не было. Несомненно, это является свидетельством более высокой эффективности и адекватности хирургической коррекции ХБС предложенным новым методом по сравнению с традиционным.

Заключение. Хирургическое лечение больных СМ с ХБС вследствие наличия у них МЖ и ГХ целесообразно проводить в два этапа. На первом этапе основной задачей должна быть коррекция имеющихся МЖ и ХГ путем внутреннего и наружного отведения желчи с помощью ретроградных эндобилиарных способов (РПХГ с ЭПСТ, назобилирное дренирование, эндобилиарное стентирование и ЧЧХГ с ЧЧХС). Вторым этапом для коррекции ХБС больным показаны различные открытые хирургические вмешательства в срочном и отсроченным порядках. Одними из перспективных направлений является пластика свища холедоха с формированием пузырного протока и дренированием общего желчного протока с области пластики через сформированный канал.

ОБЪЁМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КИСТАХ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Благитко Е.М., Толстых Г.Н., Добров С.Д.

ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с врожденными кистами общего желчного протока после оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В клинике с врожденными кистами общего желчного протока находилось 14 больных в возрасте от 5 до 54 лет, из них 11 женщин и 3 мужчин. Признаки хронической дуоденальной непроходимости выявлены у 4 больных, желтуха – у 3.

При врожденных кистах общего желчного протока клиническими признаками были боль и иногда наличие опухолевидного образования в правом подреберье, которое может периодически менять свою форму, величину, консистенцию. Иногда признаки кисты, особенно небольших раз¬меров, могут быть незамеченными.

В связи с нарушением оттока из кисты появляются признаки воспаления, непроходимости желчных протоков, что приводит к желтухе, усилению боли, тошноте и даже рвоте. Боль бывает приступообразного характера и может иррадиировать в эпигастральную область, спину, под правую лопатку.

Диагностика кист общего желчного протока в настоящее время, при адекватном обследовании, не представляет особых трудностей.

Лечение больных с врожденными кистами общего желчного протока только хирургическое.

Большинство авторов предлагают три вида оперативных вмешательств: дренирование кисты, наложение желчеотводящего анастомоза и резекцию кисты. Однако единого мнения относительно объёма хирургических вмешательств нет.

В клинике объём оперативных вмешательств был представлен следующим образом: иссечение с концелатеральной гепатикодуоденостомией правого и левого протоков (1), частичное иссечение кисты с холедоходуоденостомией (3), цистоеюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом (2).

У 6 больных вместе с кистой удален желчный пузырь, позадиободочно, на «У» образно выключенной петле, наложен гепатикоеюноанастомоз.

У 2 больных с дилатацией общего желчного протока, которая выявлена во время холецистэктомии, выполнено частичное иссечение общего желчного протока и холедоходуо-деностомия.

Объём кист составилт от 150 до 2500 мл. В одной из кист были пигментные конкременты. При обострении процесса киста была заполнена темной желчью с фибрином. Стенка кисты определялась толщиной до 0,4 см. При гистологическом исследовании стенка кисты лишена выстилки, представлена фиброзной тканью с рассеянной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией, умеренная гиперплазия слизистой оболочки.

Результаты. В послеоперационном периоде было одно осложнение (гематома), послеоперационной летальности не было.

Заключение. Из-за общирных сращений, кисты с окружающими её органами и опасности повреждения крупных сосудов не всегда допустимо удаление кисты целиком или частичное иссечение её стенок.

В одном наблюдении нельзя было найти место сообщения кисты с двенадцатиперстной кишкой, несмотря на иссечение кисты объёмом 1000 мл.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИ ПРИ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Вишневский В.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Королева А.А., Шуракова А.Б., Степанова Ю.А.

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

Цель исследования: показать возможность хирургического лечения пациентов с кистозной трнасформацией желчных протоков (ЖП), ранее перенесших операции в нерадикальном объеме по поводу данного заболевания.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2017 гг. накоплен опыт лечения 38 больных с кистозной трансформацией желчных протоков, 21 (55,3%) из которых ранее перенес различные оперативные вмешательства по поводу данного заболевания. Эти больные составили исследуемую группу. Средний возраст этих больных составил 42,3±14,3 года. Женщин было 19 (90,5%), мужчин – 2 (9,5%).

Операции внутреннего дренировании кист желчных протоков ранее выполнены 13 больным (цистодуоденоанастомоз (ЦДА) – 7, цистоеюноанастомоз (ЦЕА) – 3, холедохоеюноанастомозь – 1, ЭПСТ – 2); холецистэктомия (без дренирования желчных протоков) ранее была выполнена 8 пациентам.

Все больные были госпитализированы с осложненным течением кист ЖП. Ведущими симптомами были рецидивирующий холангит и механическая желтуха. В дальнейшем у большинства больных был выявлен холангиолитиаз. У 5 больных диагностированы малигнизированные кисты желчных протоков.

УЗИ органов брюшной полости было выполнено всем больным, компьютерная томография проведена 8 больным, магнитно-резхонансная томография – 20 (дополненная режимом МРХГ – у 10 пациентов).

Диагноз до операции был установлен в 95% случаев. У 1 больной киста общего желчного протока (ОЖП) 1 типа была изначально расценена, как рак гепатикохоледоха. Интраоперационно была выявлена инвагинация стенки кисты желчного протока в ее полость.

Все пациенты оперированы повторно. Резекция китозноизменных желчных протоков с формированием гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки выполнена у 14 больных. Левосторонняя ковальная лобэктомия (ЛКЛЭ), реконструкция ГЕА – у 1 больного. Левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ), резекция S1 печени, резекция гепатикохоледоха, ГЕА – у 1 пациента. В группе больных с малигнизированными кистами (n=5) только у 1-ой пациентки удалось выполнить резекцию кистозноизмененного ОЖП с формированием ГЕА. 1 больная перенесла ЛГГЭ, РЧА mts в V-VI-VII сегментах печени, резекцию ОЖП, ГЕА. Обходной гастроэнтероанастомоз был выполнен в 1 случае, эсплоративная лапаротомия – у 2 больных.

Результаты. Отдаленные результаты были прослежены у 20 пациентов. Двое из них умерли вследствие прогессирования онкопроцесса. У 1 пациентки с малигнизированной кистой ОЖП, оперированной радикально, спустя 4 года после операции, рецидива опухоли не выявлено. У 1 пациентки диагностирована стриктура ГЭА. В остальных 16 случаях результаты хорошие.

Заключение. При выявлении кист ЖП необходимо выполнять радикальное иссечение кистозноизененнх желчных протоков (при необходимости дополнять резекцией печени). Повторные операции технически сложны, сопровождаются высоким процентом (19%) несостоятельности билиодигестивных анастомозов, что может вести к развитию в отдаленном п/о периоде рубцовых стриктур ГЭА.

При позднем обращении больного в специализированное учреждение возрастает риск развития малигнизации, возможно распространение онкопроцесса и как следствие снижение вероятности выполнения хирургического лечения в радикальном объеме.

МЕСТО ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Вишневский В.А., Балалыкин А.С., Ефанов М.Г., Барбадо Мамедова П.А., Вербовский А.Н., Федоткин Е.С., Ястребов В.Г.

ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ МО Нарофоминская республиканская больница №1, Наро Фоминск, Россия

Актульность. Кисты желчных протоков (КЖП) – одиночные или множественные расширения желчных путей, являются редким заболеванием. Основа патогенеза – недоразвитие мышечного слоя стенки желчного протока в сочетании с дисфункцией сфинктера Одди, аномальным панкреатобилиарным соустьем. Клинические проявления: объемное образование брюшной полости, боль в животе, желтуха, лихорадка. Преимущественно встречается у женщин, манифестирует в молодом возрасте.

В диагностике КЖП информативны УЗИ, ЭРХПГ, МРТ. Основной метод лечения – хирургический.

Приводим собственные наблюдения. С 2012 г. по настоящее время проведено лечение 2 пациентам с КЖП.

Наблюдение 1. Больная Ч., 30 лет, поступила в НРБ №1 04.07.12 г. с жалобами на боли в животе, желтушность кожи, недомогание. Заболела 3 суток назад.

При осмотре состояние тяжелое. Кожа желтушная. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. При УЗИ 04.07.2012 г.: расширение общего желчного протока (ОЖП) 10 мм, холедохолитиаз. Диагноз: ЖКБ, холедохолитиаз, острый калькулезный холецистит. Получала консервативное лечение.

06.07.2012 г. выполнена ЭРПХГ, ЭПСТ, литоэкстракция: явления желтухи уменьшились, однако боли в правом подреберье усилились. При УЗИ выявлены признаки деструктивного холецистита. 10.07.2012 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Отмечалась гектическая лихорадка, По данным СКТ органов брюшной полости (13.07.2012 г.): холангит, холангиогенные абсцессы печени.

24.07.2012 г. выполнена ЭРХГ. Контрастирован терминальный отдел ОЖП, правый долевой проток. С трудом удалось ввести инструменты, визуализировать систему левого печеночного протока, образующую полость 4×8 см, заполненную камнями. Удалось разрушить, удалить камень, блокировавший левый печеночный проток. После неудачной попытки НБД левого печеночного протока, выполнено НБД правого печеночного протока.

26.07.2012 г. проведено контрастирование через НБД: получена система правого печеночного протока, короткий дистальный отдел левого печеночного протока. При эндоскопии проведено НБД левого печеночного протока. При холангиографии: в полости кисты множество камней до 5 мм.

30.07.2012 г. проведена холангиография через НБД: контраст из кисты соединяется с системой правого печеночного протока. Выполнена экстракция камней, НБД кисты.

Диагноз: болезнь Кароли, киста левого печеночного протока, заполненная множеством камней, внутрипеченочный свищ между системами правого и левого внутрипеченочных протоков, гнойный холангит.

Консультирована профессором В.А. Вишневским. При МРТ: кистозное расширение желчных протоков левой доли печени, холангиолитиаз, гепатоспленомегалия. По срочным показаниям 07.08.2012 г. выфполнена левосторонняя гемигепатэктомия, резекция первого сегмента печени, резекция внепеченочных желчных протоков, бигепатикоеюноанастомоз.

Заключительный диагноз: кистозное расширение внутри и внепеченочных желчных протоков (тип IV Todani), внутрипеченочный холангиолитиаз, острый холангит, холангиогенное абсцедирование левой доли печени.

При контрольной МРТ: картина минимальной билиарной гипертензии на уровне дистальных внутрипеченочных желчных протоков. В течение шести месяцев наблюдения состояние пациентки удовлетворительное, жалобы отсутствуют.

Наблюдение 2. Больная Г., 52 лет, поступила в хирургическое отделение 24.9.016 г. с диагнозом обострение хронического панкреатита с жалобами на тянущие боли в животе. Проводили консервативное лечение. При УЗИ 25.09.2016 г.: дилятация холедоха, холедохолитиаз. При эндоскопии, ЭРХГ 28.09.2016 г.: ОЖП расширен до 4см, кистозные расширения области конфлюенса. Внутрипеченочные протоки не расши-

рены. ЭПТ. Ревизия ОЖП – данных за холедохолитиаз нет. От рекомендованного хирургического лечения пациентка отказалась.

Заключение. Ретроградные вмешательства являются эффективными методами диагностики кистозных расширений желчных протоков, лечения их осложнений и подготовки больных к хирургическим операциям.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

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

Киста холедоха (КХ) – это мешковидное расширение желчного протока, встречающееся у 15-20% больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с КХ.

Материалы и методы. В клинике за последние 10 лет были прооперированы 9 больных с КХ. Мужчин было 3 (33,3%), женщин – 6 (66,7%). Возраст больных составил от 18 до 42 лет. В 6 наблюдениях больные неоднократно находились на лечении в различных лечебных учреждениях без эффекта. Для диагностики КХ больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие УЗИ, МРТ и ЭРХПГ.

Результаты. Для диагностики КХ информативными методом оказались УЗИ и МРТ в 6 наблюдениях. Течение заболевания осложнилось механической желтухой в 3 наблюдениях. При УЗИ и интраоперационной диагностике был выявлен блокированный желчный пузырь у 2 больных. Во всех случаях выполняли холецистэктомию. Характер и объём выполненных оперативных вмешательств при КХ были различными: цистоэнтероанастомоз, из-за тяжелого общего состояния и плотной фиксации кисты соседними структурами был сформирован в 3 наблюдениях; холедоходуоденоанастомоз выполнен в 2 случаях; для восстановления пассажа желчи произведено анастомозирование общего печеночного протока с Ру-петлей тонкой кишки в 2 наблюдениях; резекция кисты с формированием гепатикоеюноанастомоза с Ру-петлей тонкой кишки было выполнено 2 пациентам.

В раннем послеоперационном периоде отмечали осложнения в виде желчеистечения (n=2) и нагноения лапаротомной раны (n=2). Летальные исходы не отмечались.

Заключение. Выбор объёма и метода оперативного вмешательства при КХ, зависит от длительности заболевания, развившегося осложнения и общего состояния больного.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения синдрома Мириззи (СМ).

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 28 больных с СМ. Для диагностики и лечения 12 (42,9%) больных были использованы современные высокотехнологичные оборудования. Мужчин было 4 (33,3%), женщин – 8 (66,7%). Возраст больных составил от 38 до 84 лет. Длительность заболевания в среднем составила 9,2±1,2 лет. Во всех случаях (n=12) наблюдали сочетание СМ с холедохолитиазом и механической желтухой. Для диагностики СМ больным проводили клинико-лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты. Во всех случаях показатели уровня билирубина были повышены. Гипербилирубинемия легкой степени имела место у 4 пациентов, средней тяжести – у 6, тяжелой степени – у 2. При комплексном УЗИ желчный пузырь был уменьшен в размерах вплоть до «сморщенного» у 9 пациентов, что подтверждалось в ходе операции. Эндоскопическую ретроградную панкреато-холангиографию (ЭРПХГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с инструментальной ревизией желчных протоков выполняли 5 больным. При этом, в зависимости от типа СМ, отмечали сужение гепатикохоледоха, его смещение и наличие тени конкремента в месте деформации гепатикохоледоха. В 2 случаях для диагностики СМ эффективно использовали магнитнорезонансную панкреатохолангиграфию (МРПХГ).

Выполнить эндоскопическую литоэкстракцию и достичь билиарной декомпрессии было возможным лишь в 4 случаях. Все 12 больных были оперированы. Видеолапароскопическая холецистэктомия (n=2) и резекция желчного пузыря (n=2) были выполнены 4 больным. В 8 наблюдениях оперативные вмешательства выполняли из мини-лапаротомного доступа. При этом выполняли холецистэктомию и холедохолитотомию с наружным дренированием холедоха по Керу. В послеоперационном периоде в 4 наблюдениях отмечали желчеистечение I-II степени (n=2), нагноение лапаротомной раны (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1). Летальный исход отмечен в 1 наблюдении.

Заключение. Современные технологии позволяют в ранние сроки установить наличие СМ и его формы и выбрать наиболее оптимальный метод хирургического пособия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КАРОЛИ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Расулов Н.А.

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

Среди редко встречающихся заболеваний печени болезнь Кароли (БК_ представляет значительные трудности для диагностики и лечения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с БК.

Материалы и методы. В клинике за последние 10 лет на лечении находились 12 пациентов с БК. Мужчин было 7 (58,3%), женщин – 5 (41,7%). Возраст больных варьировал от 29 до 61 года. Наличие внутри- и внепеченочного литиаза имело место у 6 больных, ещё 3 больных отмечали наличие острого холангита. Наличие БК установили на основании комплексного УЗИ, МРТ и ЭРХПГ.

Результаты. Комплексные лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ) позволили в 9 наблюдениях установить наличие болезни Кароли. В 3 случаях наряду с лучевыми методами диагностики эффективно проводили ЭРХПГ.

Все (n=12) больные были оперированы: при БК I степени (с дисфункцией и сплошной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков) выполняли тригепатикоцистоеюноанастомоз для создания достаточно короткого пути оттока желчи и отхождения конкрементов в 5 наблюдениях; при наличии внутрипеченочных стриктур и кистозных расширений формировали бигепатикоцистоеюноанастомоз на съемном транспеченочном дренаже в 4 случаях. Широко сформированные соустья с двумя внутрипеченочными кистозными образованиями и съемным транспеченочным дренажом были необходимы для реканализации стриктур (перетяжек).

Правосторонняя гемигепатэктомия с формированием тригепатикоеюноанастомоза была выполнена 3 больным с БК, осложненной гепатолитиазом и холангитом.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Однако у 2 больных, которым были сформированы тригепатикоцистоеюноанастомоз (n=1) и бигепатикоцистоеюноанастомоз на сменном транспеченочном дренаже (n=1), отмечали рецидивы атак холангита и наличие метаплазии слизистой оболочки кистозно расширенных желчных протоков. Этим пациентам выполнялась родственная трансплантация печени.

Заключение. Диагностика БК должна быть комплексной, при развитии осложнений показаны оперативные методы лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Тищенко А.М., Брицкая Н.Н., Мушенко Е.В., Клесова М.А.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков, Украина

Кистозные трансформации желчных протоков являются редкими врожденными дилатациями билиарного дерева, проявляющимися неспецифическими симптомами, как правило, выявляют у детей, но их можно обнаружить у взрослого населения в крайне редких случаях.

За период 2005 по апрель 2017 гг. в отделении хирургии печени и желчевыводящих путей ГУ «ИОНХ им. В.Т. Зайцева НАМНУ" находилось на лечении 6 больных с кистозными трансформациями желчных протоков, 5 из которых были женщины в возрасте до 35 лет. По классификации T. Todani холедохеальные кисты IA типа обнаружены у 3 пациентов, IC типа – у 2 больных, IVA типа – у 1 пациента соответственно. Типичная клиническая триада (наличие болевого синдрома, пальпируемое образование в правом подреберье, желтуха) Alonzo-Lej отмечалась у 4 больных. В виду высокого риска злокачественной трансформации кист желчных протоков в холангиокарциному, мы придерживались во всех случаях активной хирургической тактики после обязательного дообследования – магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии (МРТ) / компьютерной томографии с контрастированием (КТ) и/или эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ) для выявления типа кистозной трансформации холедоха по T. Todani с целью планирования объема хирургического вмешательства. ЭРХПГ с последующим стентированием гепатикохоледоха произведена у 1 больного в связи с нарастающей механической желтухой и рецидивирующим холангитом. Вторым этапом после купирования механической желтухи и холангита у 3 больных с холедохеальными кистами IA типа было выполнено удаление холедохеальной кисты, гепатикоеюностомия по Ру, в двух случаях после удаления холедохеальной кисты IC типа произведена бигепатикоеюностомия по Ру с использованием модифицированных методик наложения гепатикоеюноанастомоза (Патент Украины № 42736, Патент Украины № 44410). У 1 больной с IVA типом кистозной билиарной трансформации выполнено удаление кисты холедоха, санация внутрипеченочных кист, гепатикоеюностомия по Ру. Однако, в виду билобарного поражения, в данном случае не представлялось возможным выполнить резекционные вмешательства на печени, которые являются целесообразными при локальном поражении внутрипеченочных желчных протоков. В раннем послеоперационном периоде у 1 (16,7%) больной наблюдали желчеистечение, данное осложнение не потребовало дополнительного вмешательства (Clavien-Dindo grade I). Летальных исходов не отмечено.

Заключение. Ранняя диагностика, дооперационное планирование объема оперативного вмешательства и активная хирургическая тактика позволяет улучшить результаты лечения больных с такой сложной и редкой патологией гепатобилиарной системы как кистозная трансформация желчных протоков.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Хаджибаев А.М., Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Кистозная трансформация внепеченочных желчных протоков – врожденное заболевание, характеризующееся гипоплазией эластической и мышечной ткани гепатикохоледоха, его расширением, нарушением пассажа желчи в кишечник. Трудность диагностики врожденной кистозной трансформации холедоха объясняется тем, что на ранних стадиях она может протекать бессимптомно.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кистозной трансформацией желчевыводящих путей путем оптимизации диагностики, внедрения новых технологий лечения.

Материалы и методы. В период 2005-2017 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи на лечении находились 55 больных с кистозной трансформацией желчевыводящих путей в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Всем детям проведены клинико-лабораторные обследования, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, МСКТ и МРТ с холангиографией, ЭРХПГ. В наших наблюдениях диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях.

Результаты. При изучении результатов общеклинического обследования только у 21 детей имело место умеренная билирубинемия. Общий анализ крови, как правило, без существенных сдвигов. Эти показатели быстро возвращались к норме после операции. Основным методом диагностики кист общего желчного протока в наших наблюдениях было УЗИ. УЗИ гепатикохоледоха выполнено всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 39 (70,90%) пациентов.

Значительно расширяет диагностические возможности выявление патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны – КТ (МСКТ) и МРТ, которые выполнены 44 (80,0%) пациентам при неубедительных данных УЗИ.

МСКТ и МРТ с холангиографией имеет большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы с высокой информативностью.

ЭРПХГ выполнена 15 (27,27%) пациентам и 2 (3,63%) случаях дополнена ЭПСТ. Имея высокую информативность, данный метод не лишен своих осложнений. Ввиду этого, считаем целесообразным выполнение ЭРПХГ накануне планируемой операции.

На сегодняшний день лечение кист общего желчного протока только хирургическое (n = 55): резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероаностомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки – в 30 (54,54%) случаях; резекция кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки – в 19 (34,54%) случаях; супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз наложен в 5 (9,09%) случаях; наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха) – в 1 (1,81%).

Выводы. 1. С доступностью УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ появилась возможность не только ранней диагностики кистозной трансформации общего желчного протока, но и выбора оптимального срока хирургического вмешательства.

2. Радикальной операцией при кистах внепеченочных желчных протоков считаем максимальное иссечение кистозно измененных стенок гепатикохоледоха и наложение гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле кишки на каркасном кольце.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ИЛИ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КИСТАХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Щерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Минов А.Ф., Дзядзько А.М., Руммо О.О.

РНПЦ трансплантации органов и тканей на базе УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков, или болезнь Кароли, является редким врожденным заболеванием, клиническим проявлением которого могут явиться приступы холангита, печеночная недостаточность, а также холангиоцелюллярная карцинома. В структуре показаний к трансплантации / резекции печени данная патология не превышает 1%.

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с болезнью Кароли в условиях республиканского трансплантационного центра.

Материалы и методы. В период с апреля 2008 по апрель 2017 на базе Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей (г. Минск, Республика Беларусь) выполнено 458 резекций и 466 трансплантаций печени. В 4 из 458 (0,9%) случаях резекций и в 2 из 466 (0,4%) трансплантаций печени показанием к хирургическому лечению явилось кистозное расширение желчных протоков. Выбор типа хирургического вмешательства основывался на распространенности поражения (уни- или би-

лобарное, наличие трансформации в холангиоцелюллярную карциному), а также на степени компенсации функции печени. При резекционном вмешательстве выполняли гемигепатэктомию (4 и более сегментов), в большинстве случаев (3 из 4, 75%) выполняли резекцию гепатикохоледоха с последующей билиарной реконструкцией.

Результаты. Изучаемая группа пациентов характеризовалась: возраст 33 [20; 45] лет, пол м:ж – 2:4, срок наблюдения 6 [1; 11] месяцев; у двух (50%) из четырех пациентов, перенесших резекцию печени, болезнь Кароли осложнилась наличием холангиоцелюллярной карциномы. В 1 случае ранний послеоперационный период осложнился инфицированным желчным затеком и перфорацией ДПК, потребовавшей релапаротомии. Все пациенты живы, явлений холестаза в срок наблюдения от 1 до 62 месяцев не выявлено.

Заключение. Врожденное внутрипеченочное кистозное расширение желчных протоков является редким показанием к хирургическому вмешательству. Дифференцированный подход к лечению данных пациентов, основанный на тщательном предоперационном обследовании и оценке распространенности заболевания и компенсации функции печени, является основой благоприятного долгосрочного исхода.

III. ТЯЖЁЛАЯ ФОРМА ПАНКРЕОНЕКРОЗА

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАРАПАНКРЕАТИТЕ

Авижец Ю.Н., Майоров В.М., Дундаров З.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро, Гомель, Беларусь

Введение. Принципиально важную роль в патогенезе гиперметаболизма при критических состояниях играют постагрессивные нарушения функций желудочно-кишечного тракта, определяемые как “синдром кишечной недостаточности”.

Цель исследования: дать оценку патоморфологических особенностей строения стенки подвздошной кишки у больных умерших от гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Материалы и методы. В исследование вышли данные 40 больных, которых разделили на две группы. Первую группу составил аутопсийный материал 26 (65,0%) больных, умерших от гнойных осложнений ОДП без применения энтерального питания, 2 группу – материал 14 (35,0%) больных, умерших от гнойных осложнений ОДП на фоне энтерального питания.

Результаты. В материале 1 группы в слизистой оболочке наблюдалипроцессы диффузной воспалительной инфильтрации, десквамации эпителия, очаги некрозов ворсин и крипт, кровоизлияния. В материале больных с гнойными осложнениями ОДП без применения энтерального питания слизистая теряла органотипические черты строения. Мышечная пластинка слизистой оболочки не определялась или определялась слабо. В подслизистой оболочке выявлялись очаги выраженного отека и полнокровие кровеносных сосудов. Строение мышечной оболочки не отличалось от такового в группе сравнения, однако структурные элементы межмышечных нервных сплетений находились в состоянии гидропической дистрофии. Во 2 группе стенка подвздошной кишки сохраняла органотипические признаки строения. В слизистой оболочке хорошо дифференцировались ворсинки и крипты, каемчатые энтероциты находились в состоянии слабовыраженной гидропической дистрофии. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечались явления отека и умеренно выраженной воспалительной инфильтрации. В подслизистой основе отмечались явления нарушения кровообращения в виде отека и полнокровия кровеносных сосудов. Строение мышечной и серозной оболочек мало отличалось от таковых в контроле.

Были проанализированы результаты 65 интраоперационных посевов из гнойных полостей и данные бактериологического исследования крови у пациентов, получавшим в раннем послеоперационном периоде энтеральное питание. При анализе содержимого посевов у больных 2 группы было показано, что представители кишечной группы (E. coli и Enterobacter) были высеяны лишь в 32,3%. При исследовании крови на стерильность положительный результат посева был получен у 5 пациентов.

При использовании непараметрического двустороннего критерия Фишера было показано, что процент высеваемости кишечной флоры у пациентов 2 группы достоверно ниже, чем у пациентов 1 группы. При анализе процентного отношения высеваемости Ps. aeroginosae, St. aureus и St. epidermalis достоверных отличий получено не было.

Заключение. 1. Воспалительные, дистрофические, некробиотические и дисциркуляторные изменения кишечной стенки являются главным морфологическим субстратом энтеральной недостаточности. Данные структурные изменения могут рассматриваться как морфологический субстрат энтеральной недостаточности.

2. Выявленные изменения создают морфологические предпосылки для потери слизистой пищеварительного тракта своей барьерной функции и инициации процесса бактериальной кишечной транслокации, стимуляции синдрома системной воспалительной реакции, развития полиорганной недостаточности и сепсиса.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ФЕРМЕНТАТИВНЫЙ ПАРАПАКРЕАТИТ КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

Авижец Ю.Н., Майоров В.М., Дундаров З.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро, Гомель, Беларусь

Введение. Уровень летальности, достигающий 85% при инфицированных формах острого деструктивного панкреатита (ОДП), ставит задачу улучшения результатов лечения в этой категории больных в ранг приоритетной. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечения асептического течения процесса и профилактику его инфицирования. Следует отметить то обстоятельство, что проблема лечения парапанкреатита незаслуженно «остается в тени» при обсуждении тактических лечебных решений.

Цель исследования: выявление закономерностей развития и эволюции морфологических изменений в парапанкреатической клетчатке (ППК) при ОДП.

Материалы и методы. В ходе работы был выполнен сплошной ретроспективный анализ 132 протоколов вскрытий умерших от ОДП.

Результаты. Тотальный панкреонекроз обнаружен в 3,78% наблюдений. Во всех наблюдениях было отмечено поражение ППК в виде диффузного геморрагического пропитывания. Субтотальное поражение ПЖ зарегистрировано в 24,2%. В отличие от истинного тотального поражения при макроскопическом осмотре препарата обнаруживались участки сохраненной паренхимы. Также при визуальном осмотре железа была плохо отличима от окружающей ее ППК, которая была резко отечной с пластинчатыми кровоизлияниями по типу небольших гематом. В дальнейшем в результате гемолиза эритроцитов жировая клетчатка принимала буровато-коричневый или шоколадный оттенок. У неоперированных умерших продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени поражались кортикальные отделы различной толщины и протяженности от 3 до 12 мм. Выявленная особенность объясняет тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани. Отторжение поверхностно расположенных участков некротизированной паренхимы ПЖ, закономерно приводит к разгерметизации протоковой системы и формированию транзиторных панкреатических свищей, дебит которых определяется диаметром пораженного протока.

Поражение ППК при ОДП было выявлено у всех пациентов. Эволюция парапанкреатита определялась сроком заболевания и преобладающим морфологическим компонентом острого панкреатита. В первую неделю заболевания у неоперированных умерших диагностирован ферментативный инфильтративный с геморрагическим пропитыванием парапанкреатит различной распространенности. При аутопсии умерших, оперированных по поводу развившихся гнойных осложнений ОДП, в ППК и ЗБК также были обнаруже-

ны значительные морфологические изменения. Источником формирования гнойно-некротической формы распространенного парапанкреатита служили массивные кровоизлияния со свертыванием излившейся крови и крупные колликвационно трансформированные очаги жирового некроза в ЗБК.

Выводы. 1. Развитие парапанкреатита обусловлено закономерностями фазовой эволюции заболевания ОДП. Поздние осложнения манифестируют на этапе расплавления деструктивно измененной поджелудочной железы и окружающей ее парапанкреатической клетчатки.

2. Анализ оперативных вмешательств показал, что вмешательство заключалось в санации гнойных очагов в пораженной парапанкреатической клетчатке. Таким образом, следует считать, что объектом операции является собственно секвестрированный распространенный парапанкреатит.

3. Всвязи с этим, перспективным представляется разработка способов ранней диагностики распространенных форм поражения парапанкреатической клетчатки и вариантов ранней декомпрессии забрюшинного пространства с целью профилактики развития в нем обширных нагноительных процессов.

РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Бахтин В.А., Русинов В.М., Янченко В.А., Патласов А.В.

ФГБОУ ВПО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия

Цель исследования: оценить роль чрескожного пункционного дренирования под контролем УЗИ в лечении панкреонекроза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 143 пациентов с панкреонекрозом, за последние 10 лет находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России на базе КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Среди них у 61 пациента (42,7%) выполнено чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) острых жидкостных скоплений (ОЖС) и псевдокист под контролем УЗИ. Женщин было – 21 (34,4%), мужчин – 40 (65,6%) в возрасте от 17 до 70 (43,9±1,7) лет. По результатам посевов пунктата при первичном дренировании микрофлоры не обнаружено в 40 случаях. У 21 пациента диагностированы инфицированные ОЖС и острые псевдокисты.

Основными показаниями к ЧПД являлись: доступность для пункции по данным УЗИ/КТ и присутствие жидкостного компонента в зоне некроза. ЧПД проводилось с целью устранения компрессии, купирования сепсиса и ускорения демаркации зоны панкреонекроза (для подготовки к «открытой» дренирующей операции).

Результаты. У 35 (57,4%) пациентов после чрескожного дренирования наблюдали абортивное течение панкреонекроза с купированием воспалительного процесса, болевого синдрома, снижением гиперферментемии и острофазовых белков. Следует отметить, что у 27 из них диагностирован стерильный панкреонекроз. В среднем эта группа пациентов выписана на 13,5±1,3 сут после пункционного дренирования.

Среди наиболее частых осложнений (у 21 (34,4%) пациента) после ЧПД наблюдается неэффективный дренаж ввиду наличия большого количества крупных секвестров или густого гноя, что являлось показанием к дренирующей операции из мини-доступа или путем лапаротомии. У 5 пациентов (8,2%) наблюдалось разобщение полости дренированной кисты (в т.ч. в 2 случаях потребовалось повторное ЧПД под контролем УЗИ). У 4 пациентов (6,6%) отмечена тенденция к формированию стойкого наружного панкреатического свища с большим дебетом отделяемого сока. У 4 (6,6%) пациентов диагностирована дислокация катетера (в т.ч у одного в желудок), потребовавшая в 3 случаях «открытого» оперативного лечения, повторного ЧПД – в 1. У 2 (3,3%) пациентов наблюдали кровотечение в полость кисты (медикаментозный гемостаз). После процедуры осложнений не отмечено у 23 пациентов.

Выводы. Чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ при панкреонекрозе является как самостоятельным методом лечения, так и этапом в подготовке к «открытой» дренирующей операции.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бутырский А.Г., Хилько С.С., Байрамова Л.У., Антонюк Д.С., Шерендак С.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия

Наши предыдущие работы показали, что тяжелый острый панкреатит (ТОП) сопровождается системными нарушениями макро- и микроциркуляции в брюшной полости. Развивающиеся гипоксия и ишемия, с точки зрения некоторых авторов, являются ведущими факторами перехода отечной формы в деструктивную. Таим образом, инфузионная терапия (ИТ) имеет важное место в патогенетическом лечении ТОП, препятствуя углублению циркуляторных расстройств и ишемии. Рассматривая вопрос об ИТ при ТОП, следует ответить на несколько вопросов: Какое адекватный объем жидкости для ИТ должен быть назначен и когда? Какой тип жидкости следует предпочесть?

Материалы и методы. По данным литературы, объем ИТ должен составлять 3,1-4,1 л в первые сутки. Были проанализированы 53 истории болезни больных с ТОП в плане эффективности ИТ и ее влияния на исходы заболевания, разделив больных на 3 группы: I (13 (25%) человек) – объем ИТ более 3100 мл/сут в первые 3 суток, II (8 (15%) человек) – от 2500 до 3100 мл/сут, III (32 (60%) человек) – менее 2500 мл/сутки. Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Анализ данных показал, что многие больные, особенно поступающие не сразу после начала заболевания (средний срок поступления в стационар – 31±5 часов), находятся в состоянии гиповолемии, что проявляется умеренной артериальной гипотензией (систолическое АД 123±4 мм.рт.ст. ($p>0,05$ по сравнению с нормой) и гемоконцентрацией (Ht 48±3, у 29% больных – выше 50). Выявлено, что объем ИТ составил от 800 до 4200 мл в первые сутки, в среднем – 2500±16 мл, что достоверно ниже, чем рекомендовано в литературе. В период 24-72 часа больным было введено 3900±26 мл, что приближается к требованиям к объему ИТ при ТОП. В I группе ранний период болезни пережило 7 пациентов (58%), во II группе – 6 (75%), в III группе – 15 (45%). У больных, умерших в первые 3 дня средний объем ИТ составил 2900 мл, что не соответствует литературным рекомендациям. Адекватный объем ИТ был обеспечен лишь у 31% пациентов, в этой группе смертность составила 33% в отдаленный период болезни в срок от 13 до 49 суток. Наилучшие результаты получены у больных, которые после госпитализации переводились в отделение интенсивной терапии, где объем ИТ в 1-3-и сутки в среднем составил 3500 мл/сутки. Оптимальным компонентом ИТ следует признать раствор Рингера-лактат.

В чем причины плохих результатов лечения ТОП в начальной фазе болезни? Нам они видятся в пренебрежении простыми физикальными и лабораторными исследованиями, недооценке важности ИТ и интегральной оценки тяжести больных.

Выводы. Все больные с верифицированным диагнозом «тяжелый острый панкреатит» должны лечиться в отделениях интенсивной терапии. Объем ИТ в первые 3 суток не может быть менее 2500 мл/сутки и должен приближаться к 3500 л/сутки. Противопоказания к большим объемам ИТ носят относительный характер и определяются показателями гемодинамики в каждом конкретном случае. Наиболее адекватным критерием гемоконцентрации следует признать уровень гематокрита. В условиях сложившегося дефицита ИТ особое внимание следует уделить кислород-переносящим растворам как корректорам гипоксии и ишемии в органах брюшной полости.

РЕГИОНАРНЫЕ ИНФУЗИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Машурова Е.В., Куджева Ф.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Актуальность. Повышение эффективности инфузионной терапии важное направление в лечении острого панкреатита.

Цель исследования: изучение эфективности интрааортальных инфузий в интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В исследование выонли 42 пациента. Больных разделили на две группы. Группу исследования (17 (40,5%) человек), которую, в свою очередь, разделили на две группы: при лечении 8 больных острым тяжелым деструктивным панкреатитом применяли инфузионную терапию (группа А) в варианте чревно-аортальных дислокационных инфузий, у 9 больных – проводили традиционную регионарную инфузионную терапию (группа Б). В контрольную группу включены 25 (59,5%) больных, у которых инфузионная терапия проводилась через периферические и центральные вены.

Результаты. При применении регионарной инфузионной терапии метаболические расстройства нивелировались достоверно раньше, чем в контрольной группе. Купирование выраженных нарушений микроциркуляции и предотвращение инфицирования приводило к регрессированию эндотоксемии, более быстрой нормализации функций жизненно важных органов. Более эффективным оказалось применение метода чревно-аортальных дислокационных регионарных инфузий в группе А.

Проведение инфузионного лечения регионарными методами позволило существенно уменьшить количество гнойных, постнекротических и системных осложнений. Частота нагноения была в 3,7 раза, флегмоны парапанкреатической клетчатки в 2,6 раза, перитонита в 3,2 раза, абсцессов брюшной полости в 2,2 раза меньше при использовании чревно-аортальных дислокационных регионарных инфузий по сравнению с системным инфузионным лечением, а при сравнении с результатами традиционной регионарной терапии – соответственно в 2,7 раза, 1,2 раза, 2,2 раза, 1,8 раза меньше. Частота формирования жидкостных образований, постнекротических псевдокист и панкреатических свищей в группе А была в 1,7 раза меньше чем в контрольной. Плевропульмональные осложнения и острая сердечно-легочная недостаточность в основной группе также отмечались реже.

Использование в лечении острого деструктивного панкреатита чревно-аортальных дислокационных регионарных инфузий позволило снизить летальность в 1,8 раза по сравнению с группой Б (с 22,2% до 12,5%) и в 3,2 раза по сравнению с контрольной группой (с 40,0% до 12,5%). Среди осложнений регионарного инфузионного лечения в 16,8% случаев отмечались гематомы бедра.

Выводы. Применение в комплексном лечении тяжелого острого деструктивного панкреатита регионарной инфузионной терапии в варианте чревно-аортальных дислокационных инфузий является достаточно надежным методом профилактики тяжелых гнойно-воспалительных осложнений заболевания.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Винник Ю.С., Дунаевская С.С.

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Актуальность исследований, посвященных проблеме диагностики тяжелых форм острого панкреатита, обусловлена высокими цифрами заболеваемости в структуре ургентной хирургической патологии. Доказана роль иммунной системы в патогенезе развития тяжелого острого панкреатита и его «ранних» и «поздних» осложнений, при этом нарушения в клеточном и гуморальном звене отягощают течение заболевания и напрямую зависят от объема некротического поражения в поджелудочной железе.

Цель исследования: изучение динамики показателей иммунитета и хемилюминесценции лимфоцитов, а также выявление зависимости между данными у пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

Материалы и методы. Когортное клиническое исследование включало 70 пациентов, которые были разделены на две группы: 35 (50,0%) пациентов с клиническими проявлениями тяжелого острого панкреатита и 35 (50,0%) пациентов с нетяжелой формой заболевания. Было проведено исследование иммунного статуса пациентов, включающее оценку клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Определение

функционального состояния лимфоцитов оценивали по генерации активных форм кислорода путем хемилюминесцентного анализа.

Результаты. У пациентов с тяжелым острым панкреатитом степень иммунодефицита более выражена. Т-лимфоциты составляли 23,20±2,15%, что соответствовало третьей степени иммунодефицита. Характерно значимое снижение Т-хелперов, на фоне незначительного снижения Т-супрессоров, что вызывало изменение ИРИ (0,56±0,04), характерное для тяжелого иммунодефицита. Уровень NK-клеток не отличался от средних значений нормы, также как и показатели фагоцитарной активности. При исследовании гуморального звена у пациентов с тяжелым острым панкреатитом обращало на себя внимание повышение концентрации IgA. Хемилюминисцентный анализ позволяет оценить клеточный метаболизм иммунокомпетентных клеток. При тяжелом остром панкреатите преобладает гипоксический тип генерации активных форм кислорода, который наблюдали в 94,28% случаев. При среднетяжелом остром панкреатите регистрировали сочетание гипероксического и нормоксического типов генерации активных форм кислорода.

Заключение. Тяжелое течение острого панкреатита сопровождается тяжелым иммунодефецитом, выраженным преимущественно в дисбалансе Т-клеточного звена иммунитета. Гипоксический тип генерации АФК на фоне иммунодефецита не позволяет иммунокомпетентным клеткам в полной мере выполнить свою функцию, что обуславливает тяжелое течение заболевания и высокий риск развития осложнений, в том числе гнойных.

МОДИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Власов А.П., Трофимов В.А., Муратова Т.А., Болотских В.А., Ганина Т.В., Кумар Н.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

На протяжении последних десятилетий у хирургов и реаниматологов интерес к проблеме патофизиологических основ острого панкреатита, особенно деструктивного, не ослабевает, так как летальность при этой патологии остается высокой. Многочисленные исследования свидетельствуют о важной роли нарушений липидного обмена в патогенезе многих заболеваний, в том числе панкреатита. Безусловно, важен тот факт, что, наряду с изменениями состава и состояния липидов, в пораженных органах, соответствующая динамика липидов обнаруживается и в плазме крови. При этом, одним из молекулярных механизмов изменения липидного состава крови является перекисное окисление липидов (ПОЛ). Согласно современным представлениям, ПОЛ в нормальных условиях выступает в качестве регулятора клеточных и органных функций. Необходимым условием для этого процесса является соответствие кинетики свободнорадикальных процессов активности антиоксидантных систем организма. Однако значительная интенсификация ПОЛ может играть роль негативного фактора, провоцирующего переход биологических систем в патологическое состояние с нарушенными регуляторными связями. Накопление в крови окисленных форм липидов провоцирует развитие деструктивных процессов на молекулярном (свободнорадикальная модификация липопротеинов крови), клеточном (структурно-функциональные изменения биомембран) и организменном (дисгармония гомеостаза) уровнях.

В клинике нами было исследовано перекисное окисление липидов и агрегационная активность тромбоцитов у 25 больных острым тяжелым панкреатитом. Агрегацию тромбоцитов регистрироровали с помощью двухлучевого агрегометра Thromlite 1006. Липопротеиды фракционировали путем осаждения. Состояние липидов крови анализировали по УФ-спектрам, полученным на спектрофотометре СФ-46.

В крови больных деструктивным панкреатитом наблюдали существенную модификацию липидного состава. Так, в модельных условиях липиды в процессе Fe2+-индуцированного окисления отличались высоким уровнем хемилюминесценции, превышающем уровень контроля в 2 и более раза. Липопротеиды крови характеризовались значительным содержанием малонового диальдегида, являющегося весьма токсичным для организма. Обнаруженная динамика ПОЛ и резкий рост конечных продуктов окисления ли-

пидов провоцировали целый комплекс негативных изменений в клетках крови. В частности, происходило уменьшение хемочувствительности тромбоцитов к действию аденозиндифосфорной кислоты (АДФ) и фактора активации тромбоцитов (ФАТ). Обнаруженное уменьшение степени, скорости и времени на 55–70% ($p<0,05$).

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Глабай В.П., Архаров А.В., Каприн И.А.

ФГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Желчнокаменная болезнь признаётся причиной острого панкреатита в случае повышения амилазы крови в 3 раза выше нормы. Основные причины билиарного панкреатита “общий канал”, микролитиаз (75%), вклинение или миграция камня через большой дуоденальный сосочек. В 0,3-3,0% случаев холецистэктомия не избавляет от атак острого панкреатита. В распознавании билиарного панкреатита преимущество отводится МРПХГ, УЗИ, эндоУЗИ, РПХГ.

Материалы и методы. Всего наблюдали 378 больных билиарным панкреатитом, что составило 28% от общего числа больных острым холециститом. Тяжелым панкреатитом страдало 74 (20%). Критерием оценки панкреатита, как тяжелого была полиорганная недостаточность продолжительностью более 2 суток.

Результаты. Вывяленные изменения: вклинение камня в БДС выявлено у 5 больных, у 9 деструкция желчного пузыря и скопление жидкости; холедохолитиаз, холангит и желтуха – у 22 больных; отграниченные некротические скопления – у 9 больных; инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению – у 29 больных. Вклинение камня в БДС требует немедленной ЭПСТ с экстракцией камня. При деструкции желчного пузыря и скоплении жидкости выполняли их дренирование под контролем УЗИ. Холедохолитиаз, холангит, желтуха и скопление жидкости – ЭПСТ в первые 24 часа после поступления и дренирование скоплений под УЗИ. Отграниченные некротические скопления подвергались пункционно- катетеризационному или “открытому” вмешательству. При инфицированном панкреонекрозе без тенденции к отграничению применяли “открытый” живот, холецистэктомию, холедохолитотомию, наружный дренаж желчных протоков. Летальность при тяжелом билиарном панкреатите составила 4%. Условием успешной ЭПСТ при тяжелом панкреатите является наличие опытного эндоскописта, ЭПСТ продолжительностью 15-60 мин, мониторинг состояния больного после процедуры.

Выводы. 1. ЭПСТ не является альтернативой холецистэктомии.

2. Холецистэктомию при билиарном тяжелом панкреатите следует выполнять после разрешения инфильтративных изменений желчного пузыря и поджелудочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЁННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Демко А.Е., Багненко С.Ф., Кулагин В.И., Платонов С.А., Киселёв М.А.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности различных методов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложнённых кровотечением.

Материалы и методы. Представлены результаты хирургического лечения 31 больного с псевдокистами поджелудочной железы, осложнёнными кровотечением (ложными аневризмами I типа), которые проходили обследование и лечение в Городском Панкреатологическом Центре Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2007 по 2016 гг. У всех больных исследуемой группы отсутствовали хронические заболевания, которые могли бы повлиять на исход (хроническая сердечная недостаточность, бронхиальная астма, цирроз печени, ХПН и др.). Применяемый терапевтический лечебный комплекс (антисекреторная, антибактериальная терапия с нутриционной поддержкой и др.) был однотипным. Больные были разделены в зависимости от вида оперативного лечения на две группы: 1 группа (15 (48,4%) пациентов) – производилась лапаротомия, интраоперационный гемостаз и наружное дренирование псевдокисты поджелудочной железы; 2 группа (16 (51,6%) пациентов) – первым этапом выполняли селективню ангиографию с эмболизацией кровоточащего сосуда, а вторым этапом – наружное чрескожное дренирование псевдокисты поджелудочной железы под лучевым наведением.

Результаты. Интегральная оценка эффективности различных видов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных кровотечением, производилась по таким показателям, как частота развития тяжёлого сепсиса и уровень летальности. При использовании минимально инвазивных методик не было отмечено случаев развития тяжёлого сепсиса и летальных исходов, тогда как в 1-ой группе тяжёлый сепсис развился у 5 (33,3%) больных, умерло 3 (20,0%) больных.

Заключение. Минимально инвазивный комплекс лечебных мероприятий при кровотечении в просвет ложной аневризмы поджелудочной железы является оптимальным тактическим решением. При невозможности по различным причинам выполнить минимально инвазивные вмешательства необходимо выполнять традиционную лапаротомию.

ВЛИЯЕТ ЛИ АНТИМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ?

Горский В.А., Хорева М.В., Агапов М.А., Банова Ж.И., Воленко А.В.

ФГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Осложнения в раннюю фазу панкреонекроза связаны, как правило, с проявлениями органной недостаточности. Одну из ведущих ролей в ее развитии играют медиаторы воспаления, в частности, цитокины. Однако доступных для широкой практики и надежных препаратов для подавления активности цитокинов до настоящего времени не было. Специфические ингибиторы не могут подавлять весь спектр провоспалительных цитокинов при панкреонекрозе. В более поздние сроки возможны аррозивные кровотечения, развитие свищей, инфицирование.

Цель исследования: провести сравнительный анализ возникновения осложнений панкреонекроза при использовании антимедиаторной терапии нестероидным противовоспалительным средством лорноксикам.

Материалы и методы. Сравнительное исследование эффективности антимедиаторной терапии выполнили у 334 больных панкреонекрозом. Больные были разделены на две группы: у 88 (26,3%) больных в комплексное лечение включали препарат лорноксикам (основная группа); 246 (73,7%) пациентов получали стандартную базисную терапию (группа сравнения). Оценивали уровень интерлейкинов крови (на 1,3,7 и 12 сутки), количество осложнений и летальных исходов.

Результаты. На 1 сутки выявили повышенный уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у всех исследуемых больных. После проведенного лечения с использованием лорноксикама уровень ФНОб, ИЛ-6 и ИЛ-8 в основной группе достоверно снижался уже к 3 суткам заболевания, в то время как в группе сравнения концентрация ФНОб, ИЛ-6 и ИЛ-8 продолжала увеличиваться. Уровень ИЛ-10 в основной группе и группе сравнения составил 2,3 пг/мл и 2,2 пг/мл соответственно, а на 3 сутки, хотя и снижался, но его значимого различия в обеих группах не наблюдали.

Общая летальность сосавила 14,6% (49 больных). В группе сравнения умерло 43 больных (17,5%), в то время как в основной группе летальность составила 6,8% (6 больных).

В основной группе отмечено уменьшение как висцеральных, так и гнойных осложнений. Так висцеральные осложнения (желудочно-кишечные кровотечения, псевдокисты, аррозивные кровотечения, панкреатические свищи) в основной группе возникли в 15 случаях, а в группе сравнения – в 43 случаях.

Снизилось количество инфицированных форм панкреонекроза в основной группе – 2 против 20 больных в группе сравнения. При этом летальных исходов в основной группе не наблюдали, а в группе сравнения умерло 6 больных после оперативных вмешательств, выполненных по поводу инфицированных форм панкреонекроза.

Заключение. Антимедиаторная терапия лорноксикамом в комплексном лечении больных панкреонекрозом оказалась весьма эффективной, на что указывает снижение количества осложнений и летальности. Проведение терапии НПВС приводит к уменьшению выброса цитокинов, что, по-видимому, является основным фактором, влияющим на данные показатели.

ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Онищенко С.В., Лысак М.М.

БУ ВО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия
БУ Сургутская областная клиническая больница, Сургут, Россия

В основе исследования лежит опыт лечения 3581 больного острым панкреатитом (ОП). Хирургические методы лечения применены у 417 (11,6%) больных панкреонекрозом (ПН). Мужчин было 299 (71,4%), женщин – 118 (28,6%), в возрасте от 19 до 90 лет. Распределение больных по полу и возрасту выявило преобладание лиц мужского пола (2,5:1) и больных молодой (39,3%) и средней возрастных групп (47,9%). К тяжелому панкреонекрозу было отнесено 210 (5,9% от всех ОП и 50,4% – от оперированных) больных, морфологическим субстратом патологии которых явился крупноочаговый и тотальный панкреонекроз, парапанкреатит, а клинические проявления осложнялись стойкой полиорганной недостаточностью.

Оперировано 210 человек с тяжелым ПН с органной недостаточно-стью. При применении традиционного доступа (129) умерли 44 больных, летальность – 34,1%. Малоинвазивный доступ (как окончательный вариант) для выполнения санации, секвестрнекрэктомии и дренирования применен у 81 (28,3%) больного: лапароскопия – у 27, мини-доступ – у 41, пункция и дренирование – у 13. Умерли в послеоперационном периоде 24, летальность 29,6%. Общая летальность в группе больных с тяжелым панкренекрозом составила 30,5% (64). При проведении статистического анализа в группе больных с тяжелым панкреонекрозом статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от примененной хирургической технологии выявлено не было (t=0,66, p>0, 05).

Степень вовлечения в деструктивный процесс забрюшинных клетча-точных пространств при ПН является важной характеристикой, коррели-рующей с результатами лечения. В группе больных с тяжелым ОП распро-страненные некротические изменения забрюшинной клетчатки отмечены у 175 (83,3%) больных: тотальное поражение всей околоободочной клетчатки (третий слой забрюшинного клетчаточного пространства) от корня брыжейки поперечно-ободочной кишки вверху до правой и левой подвздошных ямок внизу имело место у 55 пациентов; деструктивный процесс включал преимущественно правую околоободочную клетчатки – у 39; левую околоободочную клетчатку – у 50; клетчатку брыжейки поперечно-ободочной кишки и корня брыжейки тонкой кишки – у 31. Проанализирована возможная взаимосвязь между частотой летальных исходов и распространением некротического процесса на забрюшинные клетчаточные пространства. При этом установлено, что в группе больных, у которых интраоперационно отмечены распространенные некротические изменения забрюшинной клетчатки, после-операционная летальность составила 34,3% (60), а при отсутствии таковых (или ограниченном поражении) – 11,4% (4), p<0, 05. В связи с тем, что возможность и степень распространения деструктивного процесса на забрюшинную клетчатку коррелиру-

ет с конфигурацией ПН считаем необходимым при поперечных ПН, локализующихся в головке ПЖ или теле (при сохранении дистальной паренхимы), для профилактики прогрессирования патологического процесса обеспечить раннюю декомпрессию ГПП или ЖС, локализующихся вокруг зоны некроза.

Заключение. При тяжелом панкреонекрозе с органной недостаточностью изменение хирургического доступа (на малоинвазивный) при стандартизированных подходах к выбору показаний и объема операции и составу комплексной консервативной терапии не приводит к достоверному снижению послеоперационной летальности. Вовлечение в деструктивный процесс при ПН забрюшинных клетчаточных пространств – важнейший неблагоприятный прогностический фактор, летальность при этом достигает 34,3%, который должен учитываться при выборе оптимальной хирургической тактики лечения.

ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дронов А.И., Ковальская И.А., Горлач А.И., Бурмич К.С., Задорожная К.О.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Укарина

В работе представлен опыт применения эндовидеоскопических технологий у пациентов с острым инфицированным некротическим панкреатитом. Проведена оценка, определены показания и противопоказания к эндовидеоскопическим санациям при остром инфицированном некротическим панкреатите.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с острым инфицированным некротическим панкреатитом за счет применения эндовидеоскопических технологий.

Материалы и методы. Клиника с 1989 г. располагает опытом лечения 3076 больных острым некротическим панкреатитом, у которых инфицирование некрозов наблюдалось в 34,6%. Применение пункционно-дренирующих методов позволило избежать оперативных вмешательств у 4,1% пациентов. Развитие инфекционных осложнений у 934 пациентов потребовали выполнения некрсеквестректомий: в 64,7% одноэтапных, в 35,3% многоэтапных. С 2008 г. с целью санации гнойно-некротичского очага применялись эндовидеоскопические технологии. Диапазон видеоскопических вмешательств заключался в применении лапароскопических некрсеквестрэктомий, ретроперитонеоскопических ассистированных некрсеквестрэктомий и их комбинаций.

Результаты. Компьютерная визуализация распространения некрозов в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке позволила установить показания к виду оперативного вмешательства. Средняя продолжительность операции составила 150,18±15.7 минут. Средний уровень болевого синдрома (оценивали по цифровой шкале NRS 11 от 0 до 10) составил 3,17±1,08 в 1-й день послеоперационного периода с регрессией до 1,2±0,76 на 5-й день. Срок госпитализации после операции составил 18,15±0,99 койко-день.

Выводы. Минимальный болевой синдром, возможность ранней активизации пациентов, низкая частота раневых осложнений являются неоспоримым преимуществом эндовидеоскопических некрсеквестрэктомий. Комбинация лапароскопических и ретроперитонеоскопических методов обеспечивает адекватную некрэктомию и санацию гнойных очагов. Противопоказаниями к эндовидеоскопическим нерксеквестрэктомиям являются тотальное некротическое поражение корня брыжейки тонкой кишки и тазовая флегмона.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, КАК ЭНТЕРОПРОТЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ РАЗВИТИЯ МИКРОБНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Дундаров З.А., Майоров В.М.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) остается постоянной величиной, достигая при инфекционных осложнениях некротизирующего панкреатита 28–80%. При анализе неудач в лечении этого заболевания, кроме прочих, видна нерешенная проблема коррекции резко возрастающих метаболических потребностей пациентов.

Цель исследования: оценить энтеропротективную составляющую раннего энтерального питания в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 67 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений ОДП, которых разделили на две группы. В контрольную вошли 35 (52,2%) (пациентов, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Основную группу составили 32 (47,8%) пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием сбалансированных питательных смесей. Обе группы были сопоставимы по типу оперативного вмешательства, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Энтеральное питание начинали со 2-х суток в объеме 250-500 мл/24 ч.

Результаты. В послеоперационном периоде были выполнены микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гноя абсцессов у оперированных больных. При этом было выявлено, что в обеих группах больных в качестве возбудителей гнойной инфекции были идентифицированы E. Coli, Enterobacter, Ps. aeroginosae (без достоверных качественных отличий между группами). Изучено 68 посевов раневого отделяемого и данные бактериологического исследования крови у пациентов контрольной группы. Было показано, что преобладающей флорой (82,4%), являлись E. coli и Enterobacter. Выполненные 44 посева крови у 35 больных позволили выделить микрофлору у 12 (27,3%) из них. При анализе содержимого посевов у больных основной группы было показано, что представители кишечной группы (*E. coli* и *Enterobacter*) были высеяны лишь в 32,3%. При исследовании крови на стерильность положительный результат посева был получен у 5 пациентов. Было показано, что процент высеваемости представителей кишечной флоры у пациентов основной группы (посевы выполняли во время этапных некрсеквестрэктомий) был достоверно ниже, чем у пациентов группы контроля.

Летальность в основной гшгруппе составила 15,6%, в контрольной – 28,6%.

Заключение. 1. Микробиологический анализ кишечного содержимого, гноя из зоны панкреонекроза и парапанкреатических областей, системного кровотока, органов и тканей при ОДП указывает на энтеральный путь генерализации инфекции, как важнейший механизм инфицирования некротически измененной поджелудочной железы и окружающих тканей, а также развития системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточности и сепсиса.

2. На основании анализа высеваемости микроорганизмов было показано, что у пациентов, получавших раннее энтеральное питание, процент высеваемости представителей кишечной флоры достоверно ниже ($p<0,05$).

3. Включение в комплексную лечебную программу больных с гнойными осложнениями ОДП раннего энтерального питания уменьшает уровень летальности с 28,6% до 15,6%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Ершов К.Г., Тетерин Г.В., Гриценко О.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ НСО «Государственная клиническая больница № 11», Новосибирск, Россия

Тяжелый панкреонекроз остается одной из самых грозных патологий в ургентной хирургии. Сохраняется высокая летальность (до 15 – 30%). Высок удельный вес (до 10%) молниеносных форм панкреонекроза с обширным и быстрым распространением некроза железы и забрюшинного пространства, являющихся основной причиной летальности. Только оптимизированная тактика ведения этих пациентов оставляет возможность позитивного исхода заболевания.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинике находилось на лечении 2350 пациентов с острым панкреатитом. 345 больных поступили с клиникой тяжелого панкреонекроза (14,68%), из них 45 в бактериально-септическом шоке. Давность заболевания у всех составила более 3-х суток, максимально 10. Возраст поступивших от 18 до 83 лет. Мужчин было 295 (85,5%), женщин – 50 (14,5%). Этиология: алкоголь – 290 (84,1%), жирная пища – 25 (7,2%), билиогенная (ЖКБ) – 30 (8,7%).

Тактика ведения. Госпитализация в ОРиТ. Инфузионная терапия до 6–8 литров. Массивная антибиотикотерапия. Октреотид. Протезирование витальных функций. При наличии внутрибрюшного давления выше 30 см водного столба всем больным, независимо от наличия выпота в брюшной полости, выполнялось лапароскопическое дренирование (175). Ликвидация абдоминального компартмент-синдрома у большинства пациентов позволила оборвать распространение осложнений панкреонекроза. Вскрытие и дренирование жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве с некрсеквестрэктомией выполняли не ранее 14 суток от начала заболевания путем мини-доступов. Широкой лапаротомии подверглись 28 больных с деструктивными формами холецистита (6), клиникой распространенного перитонита (9), прорывом парапанкреатического абсцесса или постнекротической кисты в брюшную полость (9), клиикой массивного аррозивного кровотечеия (4).

Результаты. Средняя длительность лечения в стационаре составила 38 дней, максимально – 444. Погибло 48 (13,91%) больных. Причиной смерти у 25 больных, погибших в первые 3 суток, явился молниеносный панкреонекроз. 20 погибли от полиорганной недостаточности, 3 от массивного аррозивного кровотечения из селезеночной артерии. Количество оперативных вмешательств варьировало от 1 до 18.

Выводы. 1. Ранняя диагностика и разрешение абдоминального компартмент-синдрома.

2. Максимально малоинвазивные санации.

3. Широкие лапаротомии только по строгим показаниям.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожченко Б.С., Муравьёв П.Т., Бородаев И.Е., Шевченко В.Г.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Лечение тяжёлых форм острого панкреатита (ОП) и их осложнений остаются сложной задачей современной неотложной хирургической панкреатологии. При условии прогрессирования гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке существенно возрастает потребность организма в энергии, белке и микроэлементах на фоне прогрессирующего иммунодефицита.

Цель исследования: улучшить результаты комбинированного лечения больных осложнённым острым деструктивным панкреатитом за счёт проведения раннего энтерального (зондового) питания в условиях иммуномодуляции.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного хирургического лечения 138 больных с тяжелой формой ОП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре с 2012 по 2017 гг. Основную группу наблюдения (67 (48,6%) больных) составили больные, которым наряду с внутриартериальной инфузией и

оперативным лечением проводилось раннее энтеральное (зондовое) питание на фоне иммуномодуляции. В контрольной группе (71 (51,4%) больных) коррекция белково- энергетического дисбаланса проводили общепринятым парентеральным путём, либо не проводилась вовсе.

Асептический крупноочаговый панкреонекроз диагностирован у 78 (56,5%) пациентов, острые жидкостные скопления выявлены у 12 (8,7%), постнекротический парапанкреатический инфильтрат (ППИ) – у 19 (13,8%), инфицированный панкреонекроз – у 29 (21,0%) пациентов. Регрессия ППИ наступила у 10 больных, асептическая секвестрация с формированием напряжённого оментобурсита – у 4 больных и септическая секвестрация – у 5 больных.

Результаты. Всем больным с момента поступления комплексное хирургическое лечение начиналось мощной консервативной терапией, селективное внутриартериальное (внутриаортальное) введение препаратов начиналось на первые- вторые сутки с момента поступления. Иммуномодуляцию проводили исходя из степени выраженности иммунодефицита по данным иммунограммы препаратом ронколейкин по схеме.

Лапароскопические санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнены у 74 (53,6%) больных, причём у 32 (23,2%) больных дополнительно выполнили лапароскопическую холецистэктомию ввиду деструктивных изменений в жёлчном пузыре. УЗ-контролируемые пункционно-дренирующие вмешательства выполнены у 12 (8,7%) больных. У 4 (2,9%) больных с осложнённым ППИ выполняли миниассистированные миниинвазивные хирургические вмешательства. У 29 (21,0%) больного с гнойным панкреатитом, ослож¬ненным гнойным парапанкреатитом и забрюшинной флегмоной, и 5 (3,6%) больных с септической секвестрацией ППИ выполнены «открытые» хирургические вмешательства.

После подготовки ЖКТ к началу энтерального кормления через назоинтестинальный зонд, установленный эндоскопически за связку Трейтца либо интраоперационно по предложенным кафедрой методикам, начинали непосредственное введение оригинальной питательной смеси. В основной группе отмечалось скорейшее появление перистальтической активности кишечника, снижение интенсивности болевого синдрома и нормализация лабораторных показателей. Интраоперационно наступало более раннее, чем в контрольной группе, очищение некротически-изменённых участков паренхимы железы и парапанкреатической клетчатки, их замещение грануляционной тканью.

Летальность в основной группе составила 11,9% (8 больных), в контрольной – 29,6% (21 больной).

Выводы. Проведение раннего энтерального кормления в комплексе с внутриартериальной терапией и иммуномодуляцией на фоне ежедневного мониторинга состояния пациентов и основных параметров течения патологического процесса позволяет достоверно ($p<0,05$) улучшить результаты комбинированного лечения больных осложнённым острым деструктивным панкреатитом.

ОСТРЫЙ НЕБИЛИАРНЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

Ищенко Р.В., Джансыз И.Н., Семенков А.В., Радомский А.С.

ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», Москва, Россия

Сложным вопросом хирургической панкреатологии является острый небилиарный асептический панкреонекроз возникающий в некоторых случаях в процессе проведения внутриартериальной химиотерапии у онкологических больных.

Материалы и методы. Анализу подвергли данные 27 больных в возрасте от 18 до 70 лет, подвергнутых таргетной химитерапии по поводу опухолевого поражения печени, колоректального рака, на фоне которой развился острый отечный панкреатит. Наблюдения регистрировали с 2006 по 2016 гг. Пациенты, включенные в протокол исследования, не подвергались оперативным вмешательствам и не страдали патологией поджелудочной железы.

Результаты. Несмотря на проводимую консервативную терапию, ограниченный панкреонекроз (до 30% паренхимы поджелудочной железы) развился у 17 больных, распространенный панкреонекроз (от

30 до 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 8 больных и субтотально-тотальный (более 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 2 пациентов. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл, а также при наличии острой панкреатической псевдокисты диаметром 3 см и более выполняли пункцию и дренирование жидкостного образования под контролем ультразвука с последующим сонографическим мониторингом. Рецидивирование клинико-инструментальных явлений панкреатита зарегистрировано в 14 случаях на фоне дальнейшего специального лечения. Летальные исходы зарегистрированы в 2 (9,1%) случаях.

Заключение. Острый небилиарный асептический панкреонекроз на фоне таргетной терапии отличается агрессивным течением и относительной резистентностью к проводимой консервативной терапии, а также рецидивирующем течением при продолжении специфической терапии.

ЭТАП В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА – МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Коханенко Н.Ю., Кашинцев А.А., Петрик С.В., Луговой А.Л., Иванов А.Л., Данилов С.А., Алетдинов Ю.В., Калюжный С.А.

ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский аедиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить роль минимально инвазивных вмешательств в лечении инфицированного панкреонекроза и улучшении результатов лечения

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 211 больных, которых разделили на джве группы. Основную группу составили 158 (74,9%) больных ОП средней степени тяжести и тяжелым. Всем этим пациентам до операции проводили минимально инвазивное лечение (МИ). Контрольную группу составили 53 (25,1%) пациента, которые были оперированы без предварительного МИ лечения.

Диагноз ОП основывался на классификации Атланты, пересмотра 2012 г.: боли в эпигастрии, повышение амилазы более чем в 3 раза нормы, данные СКТ и/или УЗИ, признаки полиорганной недостаточности. Тяжесть заболевания устанавливали, учитывая наличие системного воспалительного ответного синдрома и продолжительности заболевания более 48 часов: поражение сердечно-сосудистой системы (необходимость инотропной поддержки), мочевыводящей системы (креатинин ≥ 171 мкмоль/л), дыхательной системы ($PaO_2/FiO_2 \leq 300$ мм. рт. ст), прогностической шкалы APACHE-II.

Средний возраст больных составил 45 лет (от 22 до 63). Мужчин было 107 (67,7%), женщин – 51 (32,3%). Алиментарный (чаще алкогольный) панкреатит был у 121 пациента (76,6%), билиарный – у 18 (11,4%), после ЭПСТ – у 13 (8,2%), идиопатический – у 6 (3,8%). Тяжесть ОП по APACHE-II была в среднем 10 баллов (от 7 до 15). Стеднетяжелый ОП был у 77 (48,7%) больных, тяжелый – у 81 (51,3%). В контрольной группе все эти показатели были сопоставимы.

Результаты. Все больные после МИ вмешательств (наружное дренирование жидкостных скоплений) были оперированы. Критерии смены хирургической тактики в основной группе (показание к операции) были следующими: отсутствие в течение 3 дней после МИ вмешательств существенного клинического улучшения (сохранение дисфункции сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем по шкале APACHE-II), появление или прогрессирование сепсиса (он развился у 42 (26,6%) пациентов (больные высоко лихорадили, имелся лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево, уровень прокальцитонина был более 2,5 нг/мл), по данным МСКТ нарастал парапанкреатит и появлялись пузырьки воздуха, по данным фистулографии имелись большие секвестры, контрастировалась забрюшинная клетчатка), имелся инфицированный парапанкреатит (по данным бактериологического исследования пунктата).

В контрольной группе показанием к операции являлось наличие клинико-лабораторной картины нарастания интоксикации, по данным МСКТ нарастала парапанкреатическая инфильтрация, появлялся жидкостной компонент и пузырьки воздуха.

Применение МИ вмешательств позволило увеличить предоперационный период. В основной группе он составил 3-5 недель (в среднем 32 дня), в контрольной – 10-18 дней (в среднем 15 дней).

Летальность в основной группе составила 12,6% (умерли 20 больных), что в 5 раз меньше, чем в контрольной

Заключение. Применения миниинвазивных вмешательств при панкреонекрозе способствует увеличению периода консервативного лечения до лапаротомии и некрсеквестрэктомии, это привело к снижению летальности более чем в 5 раз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Красильников Д.М., Зайнуллин И.В., Зефиров Р.А., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Имамова А.М., Малова И.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Цель исследования: на основании изучения результатов оперативного лечения пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза определить оптимальную хирургическую тактику.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней №1 КГМУ с 2012 по 2016 гг. находились на лечении 593 пациентов панкреонекрозом, которым выполнено 1734 оперативных вмешательств, при этом 411 (69,3%) пациентов доставлены из районов Республики Татарстан, где им были произведены традиционные операции, дважды – в 198 (48,2%) случаях, трижды – в 41 (10%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 82 лет, мужчин было 390 (65,8%), женщин – 203 (34,2%). Панкреонекроз с преимущественным поражением головки поджелудочной железы установлен у 44 (7,5%) пациентов, субтотальное поражение – 302 (50,9%), тотальное поражение – 247 (41,6%), из них в 148 (59,9%) наблюдениях на операции обнаружена забрюшинная флегмона с формированием множественных абсцессов, развитием в последующем различных осложнений органов желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, полиорганной недостаточности. Диагностика панкреонекроза и его осложнений основывалась на изучении клинических, лабораторных, лучевых, эндоскопических методов исследований. У 279 (47,1%) пациентов причинами позднего выявления заболевания и осложнений послужили ошибки в диагностике и выборе неадекватного метода и объема первичной операции.

Результаты. Согласно разработанной в клинике методики выбора оптимального варианта операции при панкреонекрозе, основанной на определении тяжести состояния пациентов, стадии заболевания, объема и конфигурации поражения железы, забрюшинной клетчатки, наличия перитонита и жидкостных образований, применяем как малоинвазивные, так и традиционные операции. При проведении сравнительного анализа результатов оперативного лечения пациентов при тяжелых формах панкреонекроза, нами установлено, что на исход заболевания основное влияние оказывают следующие факторы: несоблюдение алгоритма своевременной диагностики, запоздалая операция, недостаточные ревизия, санация и дренирование забрюшинного пространства, брюшной полости, желудочно-кишечного тракта, не устранение желчной гипертензии, перитонита, неполноценная интенсивная терапия, приводящие к развитию отягощающих его течение осложнений. У пациентов возникали перфорации полых органов – 42 (7,1%), желудочно-кишечные кровотечения – 34 (5,8%), аррозивные внутрибрюшные кровотечения – 31 (5,3%), абсцессы печени – 7 (1,2%), инфаркты селезенки – 5 (0,8%), в связи с чем, производили релапаротомии, количество которых доходило до 8. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (1,5%) пациентов сформировались панкреатические свищи. Летальность в этой группе пациентов составила 35,1%.

Заключение. При тяжелой форме панкреонекроза выбор оптимального способа операции в каждом конкретном случае осуществляется в зависимости от степени и объема поражения железы, наличия осложнений. Наилучшие результаты имеют комбинированные вмешательства, особенно при развитии осложнений, требующих релапаротомии. Именно при последовательном использовании этих методов опе-

раций, проведении у пациентов полномасштабной интенсивной терапии в послеоперационном периоде появляется возможность предотвратить неудовлетворительные результаты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Маскин С.С., Иголкина Л.А., Александров В.В., Петренко С.А., Кунгурцев С.В.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность криохирургической технологии в лечении инфицированного панкреонекроза (ИПН).

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ оперировано 208 пациентов с ИПН. Все пациенты разделены на две сопоставимые по тяжести патологии группы. Основную группу составили 95 (45,7%) пациентов, которым при лапаротомии применяли локальное криовоздействие (ЛК); в контрольную группу включено 113 (54,3%) больных, которых оперировали без применения ЛК. Изначальное осложнение ИПН гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП) в основной группе было у 63 (66,3%) пациентов, в контрольной – у 80 (70,8%). Распространенный гнойный перитонит (РПГ) изначально выявлен у 27 (28,4%) пациентов в основной группе и у 34 (30,1%) в контрольной. Криовоздействие на поджелудочную железу проводили аппликационным методом.

Результаты. Прогрессирование ГНПП после лапаротомии в основной группе выявлено у 12 (19,0%) больных, а в контрольной у 29 (36,3%).

Заключение. Применение ЛК позволило снизить число больных с прогрессированием ГНПП.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ТКАНЕВОГО ОТГРАНИЧИТЕЛЬНОГО БАРЬЕРА

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Абдуллаева А.З., Магомедов М.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Последние годы характеризуются ростом числа больных панкреонекрозом, что делает проблему социально значимой. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения обусловлены прогрессивным распространением процесса на забрюшинную клетчатку с развитием флегмоны. Комплексная интенсивная терапия, разработанная для лечения таких пациентов, во многих случаях способствует формированию тканевого отграничительного барьера за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации.

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения неинфицированного панкреонекроза в условиях формирования тканевого отграничительного барьера.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 46 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин было 25 (54,3%), женщин – 21 (45,7%). Средний возраст – 44±3 года. Сроки поступления в клинику с момента развития панкреонекроза составили 46±17 суток. До поступления в клинику лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости было выполнено в 33 (71,7%) случаях, декомпрессия билиарного тракта (БТ) методом холецистостомии – в 27 (58,7%). На диагностическом этапе выполняли комплекс клинических и биохимических исследований, УЗИ брюшной полости, МСКТ, МРТ, ФГДС, холецистохолангиография (при наличии холецистостомы). Холецистэктомия (ХЭ), секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки выполнена в 21 (43,4%) наблюдении; ХЭ, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирова-

ние ложа ПЖ и сальниковой сумки – в 11 (23.9%); ХЭ, секвестрэктомия, продольный панкреатоеюноанастомоз по типу Partington-Rochelle – в 9 (19,5%); ХЭ, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, продольный панкреатоеюноанастомоз по типу Partington-Rochelle – в 5 (13,2%). Все пациенты получали нутритивную поддержку и ферментные препараты (Берламин Модуляр и Креон).

Результаты. Интраоперационные осложнения отмечены в 2 (4,3%) случаях в виде умеренного кровотечения из ложа ПЖ. В послеоперационном периоде в 1 (2,2%) наблюдении развилась острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Нарушения углеводного обмена имели место у 19 (41,3%) пациентов. В ближайшие и отдаленные сроки летальные исходы не отмечены.

Заключение. Современная комплексная интенсивная терапия, проводимая при панкреонекрозе, имеет положительный эффект и во многих случаях способствует формированию тканевого отграничительного барьера, что позволяет проводить радикальное хирургическое лечение с благоприятным клиническим исходом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Кыргизская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия

Несмотря на то, что в последние годы число больных с тяжелыми формами панкреатита уменьшилось, но частота осложнений и летальность остается на высоком уровне. При остром панкреатите развивается синдром системной воспалительной реакции (ССВР), который является основой развития полиорганной недостаточности и причиной летальности.

Цель исследования: оценить результаты применения лимфогенных технологий в коррекции синдрома системной воспалительной реакции при тяжелых формах острого панкреатита.

Материалы и методы. Наблюдали 107 больных с острым панкреатитом, из них мужчин – 51 (47,7%) и женщин – 56 (52,3%), в возрасте от 32 до 67 лет, с давностью заболевания от 4 часов до 3 суток. В разработку взяты больные, у которых в момент поступления были выявлены 3-4 признака ССВР, которые были разделены на две группы: первая (контрольная) – 52 (48,6%) пациента, которые получали традиционную терапию; вторая (основная) – 55 (51,4%) пациентов, у которых наряду с традиционным лечением использованы лимфогенные технологии.

В первые сутки (до 24 часов), наряду с выполнением традиционного лечения, в динамике исследовали показатели ССВР и если в течение 2 суток положительной динамики не отмечали, то в контрольной группе усиливали консервативную терапию, а основной группе выполняли региональную лимфостимуляцию в межостистое пространство Th9-Th10 по методике предложенной О.Г. Пекаревым и М.С. Любарским (2005). Смесь вводили в 2-3 точки один раз в сутки, и кроме того назначали озонированные растворы хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл по 400 мл внутривенно ежедневно, а желудок промывали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

Результаты. Анализ показателей ССВР контрольной группы показал, что на 3 сутки состояние пациентов улучшилось незначительно и динамика ССВР была несущественной и лишь на 10 сутки снизилось число пациентов с 3-4 признаками ССВР. У 7 больных обнаружены гнойные осложнения, потребовавшие оперативного лечения. В контрольной группе умерло 3 (5,8%) больных от полиорганной недостаточности.

В основной группе уже на 3 сутки после комплексной терапии с включением лимфогенных технологий отмечена положительная динамика, и уменьшилось число больных с 3-4 признаками ССВР, более выраженная положительная динамика была отмечена на 6 сутки, у большинства больных признаков ССВР не выявили. На 10 сутки у 4 больных сохранились признаки ССВР и у 2 из них обнаружено наличие секвестров в сальниковой сумке, они были оперированы. В момент операции брюшную полость и сальниковую сумку орошали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и в круглую связку фиксировали

микроирригатор и через него на протяжении 4-5 суток выполняли региональную лимфостимуляцию. У 2 выявлен плеврит. Умер один больной также от полиорганной недостаточности.

Таким образом, при использовании традиционного лечения гнойные осложнения возникли у 7 (13,5%) из 52 больных, потребовавшие оперативного лечения, умерло 3 (5,8%), а в основной – соответственно у 2 (3,5%), умер 1 (1,7%) больной.

Заключение. Использование региональной лимфостимуляции, общей и местной озонотерапии в комплексе с традиционным лечением способствует коррекции ССВР и улучшению результатов лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТО

Мушенко Е.В., Тищенко А.М., Иванова Ю.В., Брицкая Н.Н., Клесова М.А.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков, Украина

Актуальность проблемы лечения деструктивного панкреатита обусловлена неудовлетворительными результатами лечения, характеризующимися большим количеством осложнений и высокой летальностью.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 153 больных деструктивным панкреатитом, пролеченных в клинике Института за последние 5 лет. Больные распределены в соответствие с пересмотренной Рабочей группой классификацией Атланты (2012). Средний возраст пациентов составил 46±2,4 лет. Существенных гендерных различий не выявлено. Среди этиологических факторов преобладали алкогольный, алиментарный, а также билиарный панкреатит. Схема обследования была стандартной с обязательным контролем уровня амилазы крови, ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов брюшной и плевральной полостей, а также компьютерной томографией (КТ) с болюсным контрастным усилением при поступлении и в процессе лечения.

Результаты. При этом некроз более 30% поджелудочной железы (ПЖ) выявлен у 122 (79,7%) больных. В большинстве наблюдений некроз ПЖ сочетался с поражением забрюшинных клетчаточных пространств.

Консервативное лечение проведено 32 (20,9%) больным. Остальные пациенты были оперированы.

Инфицирование очагов некротической деструкции считали абсолютным показанием к хирургическому лечению больных с панкреонекрозом. Диагностика инфицирования была основана на результатах тонкоигольной пункции с бактериологическим исследованием полученного материала, изменением уровня С-реактивного белка, а также на основании клинико-лабораторных данных. Всего 121 больному было выполнено 269 вмешательств.

По современным представлениям острые жидкостные скопления (ОЖС), которые были выявлены у 32 оперированных больных, в большинстве случаев подвержены спонтанной резорбции на фоне терапии в различные сроки от начала заболевания, поэтому такие пациенты не нуждаются в оперативном лечении. Вместе с тем, осложненное течение ОЖС либо их сочетание с желчнокаменной болезнью считаем показанием к хирургическому лечению. Считаем оправданным применение пункционного дренирования либо лапароскопического доступа, наиболее оправданного при билиарной этиологии заболевания. Подобные вмешательства сопровождались небольшим количеством осложнений (7,1%) и летальностью (12,5%).

При псевдокистах, выявленных в 21 наблюдениях, по данным УЗИ/КТ считаем показанным формирование цистоеюноанастомоза. Наружное дренирование псевдокист было связано с их нагноением у 3 пациентов и сдавлением терминального отдела холедоха с развитием механической желтухи у 2 больных. В данной группе отмечена самая низкая летальность – 9,5%.

Наиболее тяжелую категорию больных составили пациенты с острыми некротическими скоплениями, отмеченными в 22 случаях. При этом хирургическое лечение данных больных было основано на использовании локальных минидоступов с выполнением некрэктомии и формировании локальных стом. У 5 больных в комплексе лечения использована VAC-терапия.

Преимущественно использовали задние доступы. Широкая лапаротомия использована в 9,1% наблюдений. Лечение данной группы больных сопровождалось самой высокой летальностью, количеством осложнений и числом повторных хирургических вмешательств, которые составили, соответственно, 36,4%, 72,7% и 68,2%.

Формирование отграниченных некрозов было отмечено у 40 оперированных пациентов. Считаем оправданным применение локальных доступов, а также возможность более широкого использования лапаротомного доступа и последующих санаций «по требованию». Применение подобной тактики сопровождалось 25% летальностью при уровне осложнений 47,5%

Примененная нами хирургическая тактика была основана на использовании концепции «step-up approach», которая подразумевает переход от менее инвазивных операции к более инвазивным.

Заключение. Использование разработанного подхода позволило добиться 20% летальности при уровне послеоперационной летальности – 19,8% и количестве осложнений 36,5%.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Нартайлаков М.А., Гвоздик Т.П., Дорофеев В.Д.

ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Актуальность. Некротический панкреатит (панкреонекроз) развивается в 15-20% острого панкреатита, характеризуется фазовым течением и двумя пиками летальности: (ранней – от панкреатогенного шока и поздней – от гнойно-септических осложнений). Каждой фазе соответствует определенная клиническая форма, а, следовательно, и свой лечебно-диагностический алгоритм.

Цель исследования: на собственном клиническом материале проанализировать результаты и подходы к ведению больных с осложненным некротическим панкреатитом.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2016 гг. в отделении гнойной хирургии РКБ им. Г.Г. Куватова наблюдался 351 больной с исследуемой патологией. Возраст пациентов был от 18 до 82 лет (медиана 46,6). Обследование включало в себя общеклинические анализы, ультразвуковое исследование, компьютерная томография (КТ) с болюсным контрастированием (по потребности), определение уровня прокальцитонина крови. Медикаментозное лечение заключалось в применении антибиотиков широкого спектра, нутритивной поддержке, профилактике стресс-язв желудочно-кишечного тракта, профилактике компартмент-синдрома и коррекции полиорганной недостаточности. Ультразвуковую санацию сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки проводили аппаратом “Sonoca-180”. Мониторинг эффективности проводимого лечения: интегральные шкалы APACHEII и SOFA, динамика общеклинических показателей и уровня прокальцитонина крови. Для профилактики и коррекции органных нарушений использовали препарат «Реамберин». С целью гепатопротекции применяли поликомпонентный препарат «Ремаксол». Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel 2010. Рассчитывали средние величины и стандартные отклонения.

Результаты. Большая часть пациентов – 289 (82,3%) больных, поступающих в отделение, были оперированы в других лечебных учреждениях один или несколько раз. Повторные операции проводили на 10-14 сутки от предыдущей. Объем выполненного оперативного вмешательства: вскрытие и дренирование гнойно-некротических очагов в парапанкреатической и забрюшинной клетчатках, санации брюшной полости, холецистостомия. Повторные вмешательства проводили по требованию, при наличии недренируемых гнойных затеков, подтвержденных данными КТ. Всего выполнено 611 операций (1,8±1,2 на одного больного). С 2006 г. с целью некрсеквестрэктомии стали применять ультразвуковую санацию сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки аппаратом “Sonoca-180”. Данный метод позволил более полно проводить санацию и снизить частоту повторных вмешательств. Критериями к прекращению санирующих релапаротомий считаем сочетание купирования инфекционного процесса на основании интраоперационной картины и стабилизация общего состояния, установленная по шкалам APACHE II и SOFA. Структура органной недостаточности выглядела следующим образом: дыхательная – 48,6%, сердечно-сосудистая – 21,6%, печеночная

– 36,5%, нарушение ЦНС – 28,4%, ДВС-синдром – 8,1%, почечная – 4%. Установлено, что присоединение печеночной недостаточности неблагоприятно влияет на течение и исход заболевания. Применение комплекса гепатопротектор+антиоксидант позволяет снизить частоту развития органных нарушений.

Средний срок пребывания в ОРИТ – 20,7±3,4 дня, общий срок лечения – 35,6±5,2 дня. Общая летальность составила 32,5% (114 больных из 351).

Выводы. Некротический панкреатит требует комплексного подхода, который будет включать в себя адекватную медикаментозную терапию с использованием антигипоксантов, антиоксидантов и гепатопротекторов, а также эффективное дренирование гнойных очагов с применением современных физических методов воздействия.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Новиков С.В., Рогаль М.Л., Кузьмин А.М., Иванов П.А.

ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Острый панкреатит (ОП) в регионах России в последнее десятилетие регулярно выходит на первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Москва, Ставропольский край). Смертность от тяжелого ОП сравнима со смертностью от ДТП. Инфицирование панкреатического/парапанкреатического некроза (ПН) и органная недостаточность являются основными детерминантами смертности при тяжелом ОП. Применение минимально инвазивных средств хирургического лечения ПН обосновано, но требует проведения корректных исследований сравнимых когорт пациентов в условиях одного или нескольких медицинских центров. Анализ результатов затруднен разночтением терминологии и оценки тяжести ОП в разных центрах и странах, несмотря на приверженность градации тяжести по Revised Atlanta Classification (2013). Чрескожные/чреспросветные вмешательства при ПН часто относят к нехирургическим методам лечения (nonoperative drainage/nonsurgical treatment) или именуют хирургическими минимально инвазивным, но относят к ним широкий спектр вмешательств от лапаротомии с дренированием, исключающим релапаротомии, до чрескожного дренирования под ультразвуком (УЗИ) и новокаиновых блокад паранефрия.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных ПН путем применения минимально инвазивных хирургических методов.

Материалы и методы. В отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы минимально инвазивные методы лечения отнесены к хирургическим и включают исключительно нелапаротомные (нелюмботомные) вмешательства под интраскопическим контролем (УЗИ, рентген, эндоскопия). В период 2011-2016 гг. пролечено 320 пациентов с ПН. Лечение начинали с комплекса интенсивной терапии и минимально инвазивных методов в различной комбинации и последовательности. По специальным показаниям выполнялись лапаротомии/люмботомии. Доминирующим лечебный алгоритм до 2013 г.: «интенсивная терапия ч минимально инвазивные методы ч лапаротомия».

Результаты. С 2013 г. пациентам с инфицированным неотграниченным ПН лапаротомии и люмботомии для санации и секвестрэктомии не применяются. Во все фазы развития ОП применяется комплекс минимально инвазивных интраскопических методов диагностики и лечения, с разными задачами по следующим показаниям: 1. эндоскопическая ретроградная литоэкстракция при билиарной обструкции, холангите, механической желтухе (возможно с папиллотомией, стентированием/наружным дренированием протоков); 2. чрескожная микрохолецистостомия под УЗИ при деструктивном холецистите; 3. лапароскопия диагностическая: перитонит неясной этиологии; диагностика острых хирургических заболеваний (перфорация полого органа, некроз кишечника и пр.) на фоне ОП; 4. чрескожное дренирование под УЗИ тонкими трубками (3-5 мм): скопления панкреатического секрета при выявленном или предполагаемом повреждении панкреатического протока; инфицированные жидкостные скопления/некрозы; скопления жидкости забрюшинно толще 5 см для уменьшения эндогенной интоксикации при ее нарастании; свободная жид-

кость в брюшной полости при инфицированном некрозе; (5) Замена тонких трубок на больший диаметр (до 2 см) под рентгенконтролем для секвестрэктомии при инфицированном некрозе; (6) Коррекция трубок под рентгенконтролем по отношению к свищам полых органов и недренируемым забрюшинным полостям; (7) Чресфистульная секвестрэктомия (вакуумная, инструментальная, эндоскопическая); (8) Чреспросветное эндоскопическое дренирование несформированной псевдокисты. Смертность пациентов с ПН составила 13%. Всего оперировано 43% с летальностью 18%.

Выводы. 1. Комплекс минимально инвазивных интраскопических методов диагностики и лечения тяжелого ОП, стерильного и инфицированного ПН (отграниченного и неотграниченного) является самостоятельным хирургическим методом лечения.

2. Лапаротомия при ПН может применяться исключительно с целью ликвидации кровотечения, острой кишечной непроходимости, перфорации полого органа в свободную брюшную полость, разлитого гнойного перитонита.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МАРШРУТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Прудков М.И., Галимзянов Ф.В., Левит А.Л.

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: проанализировать результаты внедрения региональной программы лечения больных острым панкреатитом тяжелой степени (ОПТС).

Материалы и методы. Результаты перегоспитализации и лечения больных острым ОПТС в отделении гнойной хирургии (ОГХ) Свердловской областной клинической больнице №1 (СОКБ №1).

В соответствие с маршрутизацией больных ОПТС, утвержденной в ранее принятой «Региональной программе», предусмотрено, профинансировано и методически обеспечено лечение первой фазы заболевания в реанимационных отделениях межрайонных центров. После купирования явлений панкреатогенного шока и появления явлений инфицирования был предусмотрен перевод больных в СОКБ №1.

За последние 10 лет 1230 больных ОПТС по этой программе были переведены из стационаров Свердловской области в специализированное отделение гнойно-септической хирургии (работающий в круглосуточном режиме) СОКБ №1, располагающей необходимыми диагностическими (комплексная лаборатория, УЗИ, КТ, МРТ) и лечебными (РАО) возможностями.

Результаты. Инфицированные перипанкреатические инфильтраты без жидкостных скоплений имели место у 173 больных. Учитывая признаки инфицирования, абдоминального сепсиса и отсутствие явных признаков улучшения от консервативного лечения, у 23 пациентов была предпринята попытка дренирования путем хирургического разделения инфильтрата. Летальность составила 52,2%. В дальнейшем от такой практики отказались и лечили инфильтраты строго консервативно. У 11 пациентов произошло абсцедирование инфильтратов и больные выздоровели после дренирования образовавшихся гнойников из минидоступов. 139 пациентов лечили только консервативно, летальность составила 5,8%.

Панкреатогенные абсцеесы имели место у 221 пациентов. После топической диагностики абсцессы размерами до 5 см лечили навигационными пункциями с аспирацией содержимого, 5-7 см – пункционным дренированием, свыше 7 см – из минидоступов.

Неотграниченные варианты панкреатогенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки, как правило, осложненные ПОН, различной степени распространенности были выявлены у 836 больных. Гнойные процессы центральной локализации («С») вскрывали из минидоступа через бурсооментостому. Множественные неотграниченные гнойные процессы, расположенные в левом верхнем «L1», левом нижнем «L2», правом верхнем «D1», правом нижнем «D2» квадрантах и их комбинации дренировали из дополнительных, по возможности внебрюшинных, минидоступов. Далее, с помощью ранорасширителя Мини-Ассистент, ретроперитонеоскопов и специальных инструментов в соответствии с общими правилами

гнойной хирургии их объединяли в единую полость и лечили с применением программных санаций и этапной некрсеквестрэтомии. Летальность в этой группе за 10 лет составила 24,5%.

Заключение. Региональная маршрутизация больных ОПТС позволяет эффективно использовать возможности хирургических стационаров разного уровня при оказании помощи больным ОПТС.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ризаев К.С., Алтиев Б.К., Баймурадов Ш.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Вопросы улучшения тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остаются одной из сложнейших задач современной хирургии. И если частота неэффективного лечения отечной формы ОП незначительна, то этот показатель в группе больных с деструктивными формами остается проблемным вопросом.

Материалы и методы. За прошедшие 15 лет проанализированы результаты лечения 3230 больных с различными формами острого панкреатита. Больные были распределены на две группы для анализа. В первую группу включены 628 (19,4%) пациентов с ОП, наблюдавшихся за период с 2001 по 2006 гг., в диагностике которых не применяли доступные на современном этапе методы исследования, а тактика лечения основывалась на стандартных клинико-инструментальных данных. Во вторую группу включены 2602 (80,6%) больных с ОП, получавших лечение с 2007 по 2015 г., в комплексное обследование которых были внедрены современные методы оценки тяжести патологического процесса, в частности интегральные системы (APACHE II, Ranson), серологические маркеры оценки тяжести процесса (прокальцитониновый тест (PCT) и С-реактивный белок (СРБ), внедрение методики оценки тяжести ОП по данным КТ (Balthazar) и лапароскопии. Для упрощения работы по оценке тяжести больных с ОП, мы разработали компьютерную программу балльной оценки тяжести течения ОП. Программа разработана на основании многопараметрической балльной оценки тяжести течения острого деструктивного панкреатита. Программа предназначена для быстрой оценки тяжести течения и прогнозирования летальности при остром панкреатите в условиях экстренной хирургии. В основу программы заложены критерии системы Ranson.

Результаты. Проведенные исследования показали, что PCT является высокоинформативным методом оценки тяжести течения и инфицированности процесса. Сравнительный анализ эффективности диагностических мероприятий показал, что в первой группе тяжесть ОП была установлена правильно в 69,6% (437 больных) случаев, в свою очередь недооценка состояния определена у 30,4% (191) пациентов. Во второй группе эти показатели составили 90,1% (2344) и 9,9% (258) соответственно. Принципиальное значение имела недооценка тяжести состояния, выявленная у 30,4% больных первой группы и 9,9% пациентов во второй группе.

Проведенные исследования продемонстрировали высокую диагностическую ценность клинико-лабораторных анализов, а также интегральной шкалы Ranson в оценке тяжести патологического процесса, как в локальном значении, так и в плане системных осложнений.

Заключение. Важными параметрами для выработки оптимальной тактики лечения больных с ОП являются показатели прокальцитонинового теста или С-реактивного белка. Адекватная верификация состояния пациента была произведена у 69,6% больных в первой группе и 90,1% пациента во второй группе ($p<0,05$).

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ризаев К.С., Хашимов М.А., Баймурадов Ш.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Внедрение малоинвазивных хирургических способов, в том числе и эндоскопических (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография – ЭРПХГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия – ЭПСТ), в билиарную хирургию вполне объяснимо: высокая эффективность, минимальная травматичность, косметический эффект – делают их привлекательными как для пациентов, так и для практикующих хирургов. Однако достаточно высокий процент осложнений после ЭПСТ в ближайшем послеоперационном периоде, говорит об актуальности данной проблемы. ЭПСТ, произведенная даже в условиях специализированных клиник, имеет частоту осложнений, достигающую 7,5-10,6%, при этом летальность достигает 1,5-2,0%. Одним из опасных осложнений является острый панкреатит, который после ЭПСТ наблюдают у 1,3-4% больных. В качестве основных причин развития панкреатита после ЭПСТ рассматриваются механическая и коагуляционная травма дистальной части панкреатического протока вследствие грубых манипуляций при канюляции, длительное воздействие коагуляционного тока на ткани большого дуоденального сосочка, а также осмотическая и гидродинамическая травма ацинусов поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2015 гг. выполнено 4162 эндоскопических папиллосфинктеротомий. В большинстве случаев 3870 (92,9%) ЭПСТ производили по поводу осложненной желчнокаменной болезни, причем на первом месте находятся больные с механической желтухой 3541 (85,1%).

Результаты. В 53 (1,3%) случаев ЭПСТ осложнилась развитием острого панкреатита и панкреонекроза. Острый билиарный отечный панкреатит развился у 35 (0,8%) больных, который после проведения консервативного лечения разрешился. У 18 (0,4%) больных развилась клиника деструктивного панкреатита, верифицированного данными лабораторных исследований, а также данными УЗИ и МСКТ поджелудочной железы. Всем больным была произведена лапаротомия, при котором в 10 случаях выявлено наличие жирового панкреонекроза, в 8 случаях тотального геморрагического панкреонекроза. Во всех 18 случаях объем операции включал произведение холецистэктомии и дренирования холедоха по Пиковскому, вскрытие и дренирование сальниковой сумки. В 3 случаях была выполнена релапаротомия, некрсеквестроэктомия с редренированием сальниковой сумки, редренированием брюшной полости. В 6 случаях отмечен летальный исход, причиной которого явилась полиорганная недостаточность, нарастание эндотоксикоза.

Заключение. Основной причиной развития панкреатита после эндоскопических вмешательств является контрастирование Вирсунгова протока под давлением и вследствие этого быстрое и стойкое развитие панкреатической гипертензии, что приводит к забросу контрастного вещества в панкреатический проток. Однако развитие панкреатита и панкреонекроза после ЭРПХГ и ЭПСТ при холедохолитиазе, не может служить противопоказанием к их выполнению, а напротив, в подавляющем большинстве случаев устраняет имеющуюся гипертензию в желчных и панкреатических протоках.

ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ОСЛОЖЕННЫМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Рогаль М.Л., Новиков С.В., Кузьмин А.М., Иванов П.А., Гюласарян С.Г., Байрамов Р.Ш.

ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Развитие гнойных осложнений приводит к увеличению уровня летальности при остром панкреатите, панкреонекрозе. Толстокишечные свищи являются одним из осложнений панкреонекроза, и они развиваются у 8,5% больных. Патогенез развития толстокишечных свищей при панкреонекрозе различен, требует

дальнейшего исследования и разработки мероприятий профилактики и лечения. По данным литературы известно, что активное внедрение интраскопической хирургии снижает уровень летальности.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом осложненным толстокишечными свищами с использованием интраскопических методов.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2016 гг., включительно, в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы на лечении находилось 320 пациента с острым панкреатитом средней и тяжелой степени. Общая летальность в этой группе составила 41 (12,8%) пациента. Оперировано было 136 (42,5%) пациента, из которых 30 (18,4%) пациентов умерло. Панкреонекроз осложнился толстокишечными свищами у 20 (6,25%) пациентов, которые выявляли при рентгеноскопическом исследовании и носили трубчатый характер. У всех пациентов лечение начиналось с консервативной терапии и интраскопических методов. Консервативная терапия предусматривает проведение антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной, антисекреторной терапии. Интраскопические методы, включают следующие обязательные этапы:

1. дренирование мелкокалиберными дренажами под ультразвуковым контролем;
2. этапные замены дренажей на больший калибр под рентгентелевизионным контролем;

a) увеличение диаметра дренажей в зоне панкреатогенной деструкции;

b) коррекция расположения дренажей по отношению к свищу;

3. ежедневное фракционное промывание дренажей и полостей;
4. вакуумная, инструментальная и эндоскопическая секвестрэктомия;
5. этапные замены дренажей на меньший калибр под рентгентелевизионным контролем;
6. заживление полостей и свищей.

Цель интраскопических методов состоит в санации и заживлении зоны инфицированной панкреатогенной деструкции с расчетом на одновременное заживление толстокишечных свищей по мере облитерации полости.

Результаты. Применение интраскопических методов позволило достичь закрытия толстокишечных свищей у 16 (80%) пациентов, в сроки до 30 суток. Свищи нисходящего отдела толстой кишки образовывались у 14 (70%) пациентов, поперечно ободочной кишки – у 6 (30%) пациентов. Кишечное отделяемое поступало по дренажам у 7 (35%) пациентов, у 13 (65%) пациентов толстокишечный свищ выявлялся только на рентгеноскопии и имел клапанный характер. Не удалось закрыть свищи у 4 (20%) пациентов, у которых на фоне проводимого лечения сохранялась тенденция к увеличению количества кишечного отделяемого по дренажам и нарастание интоксикации. Отключение свища выполнялось путем формирования илеостомы у 1 пациента и трансверзостомы у 3 пациентов. Среди оперированных пациентов умерших не было. В этой группе умер 1 пациент от аррозивного кровотечения. Общая летальность составила 5,0%.

Выводы. 1. Применение интраскопических хирургических методов лечения панкреонекроза с регулярной заменой дренажей, наращиванием их диаметра до максимально возможного, активным промыванием и секвестрэктомией через просвет дренажей или эндоскопически по сформированным каналам, позволяет в большинстве случаев избежать открытых операций.

2. Разработанная интраскопическая технология снижает травматичность и повышает эффективность лечения толстокишечных свищей и панкреонекроза в целом при хирургическом лечении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ В СВЕТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Савельев В.В., Винокуров М.М.

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Цель исследования: клиническая оценка изменений липидного состава крови в свете ранней диагностики панкреонекроза.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов комплексного лечения 497 больных с панкреонекрозом в возрасте от 15 до 85 лет, мужчин – 352 (70,8%), женщин – 145 (29,2%), находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2010 по 2017 гг. Диагноз панкреонекроз и его осложнения верифицирован на основании комплексного обследования, инструментальных и лабораторных методов, включая определение концентраций метилэстеров жирных кислот методом газовой хроматографии масс-спектрометрии.

Результаты. У пациентов с осложненным течением заболевания установлены более выраженные нарушения жирнокислотного состава сыворотки крови за счет группы жирных кислот щ-3 и щ-6, сохраняющиеся в течение всего периода заболевания. Эти изменения, по-видимому, связаны с тем, что при липолизе, в первую очередь, мобилизуются ненасыщенные жирные кислоты, которые и окисляются первыми. Кроме того, начиная с первых суток от момента поступления больного в стационар (в дальнейшем осуществляли верификацию панкреонекроза, в том числе и по данным РКТ) наблюдали полное отсутствие в крови г-линоленовой кислоты. Лишь на 10-е сутки лечения пациента, при благоприятном течении заболевания и объективном улучшении состояния отмечали появление г-линоленовой кислоты в абсолютных значениях – 0,2-0,5 мкг/мл.

Выводы. В ходе проведения исследования установлено, что наиболее значимым показателем в дифференциальной диагностике некротического панкреатита от интерстициального является достоверное (чувствительность – 94%, специфичность – 95%) снижение в крови г-линоленовой кислоты ниже 0,1 мкг\мл. Использование в качестве диагностикума уровень содержания в крови г-линоленовой кислоты позволяет с достаточно высокой точностью верифицировать развитие некротического процесса уже в первые 24 часа от начата формирования очагов некроза, что в свою очередь способствует более аргументированному подходу к выбору хирургической лечебной тактики и во многом определяет исход заболевания.

ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Сидоренко А.Ю.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель исследования: разработка программного продукта – экспертной системы помощи врачу хирургу для дифференциальной диагностики степени тяжести острого панкреатита, его нозологических форм, определения тактики дальнейшего лечения и маршрутизации больного.

Материалы и методы. При разработке экспертной системы M.D. Assistant для формулировки диагноза, определения степени тяжести острого панкреатита, определении показаний и противопоказаний, сроков и объёма хирургического лечения, руководствовались следующими нормативными и методическими документами: Европейскими и Российскими национальными руководствами, Российскими медико-экономическими стандартами оказания квалифицированной помощи больным с диагнозом «Острый панкреатит», Европейскими шкалами оценки тяжести острого панкреатита Ranson (1974), Glasgow-Imrie (1984), BISAP (2008), шкалы SOFA, qSOFA, Третьим международным определительным консенсусом для сепсиса и септического шока (Sepsis-3). Приложение написано на языке программирования C++ в среде разработки Qt.

Результаты. Были проанализированы 563 истории болезни пациентов с острым и хроническим панкреатитом проходивших лечение в хирургическом стационаре ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период с 2012 по 2016 гг., а также выполнена проспективная оценка эффективности работы программы на 19 больных острым панкреатитом различной степени тяжести за 2017 год. Всего выбран 21 показатель, которые фигурировали при обследовании больного острым панкреатитом по результатам анализа историй болезней и оценивались в динамике через 48 часов от поступления. Диагноз в приложении разделен на два раздела: основной и осложнения. Основной диагноз представлен ранжированием панкреатита по степеням тяжести (Atlanta, 2013). Во втором – основные осложнения, в большинстве случаев влияющие на хирургическую тактику ле-

чения пациента. Эффективность M.D. Assistant заключается в том, что программа позволяет увидеть, как изменение целого ряда клинических, лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических параметров, данных КТ и МРТ, влияет на формирование клинического диагноза с учетом тяжести заболевания, а также определяет сроки, обьем хирургического вмешательства и дальнейшую лечебно-диагностическую тактику при осложнениях острого панкреатита.

Выводы. Экспертная система помощи врачу хирургу M.D. Assistant, создавая многофакторную компьютерную модель больного острым панкреатитом, позволяет индивидуализировать лечебно-диагностическую программу, улучшить результаты комплексного этапного хирургического лечения этой сложной патологии и повысить уровень профессиональной компетенции врачей.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Свистунов С.В., Майоров В.М., Дундаров З.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Нерешенной проблемой продолжает оставаться парапанкреатит, выступающий в качестве самостоятельного источника интоксикации и причины летальных исходов при развитии у пациентов гнойно-септических осложнений. При этом максимально раннее лечебное воздействие на поджелудочную железу при остром деструктивном панкреатите (ОДП) не гарантирует от летального исхода от парапанкреатита, и такая формулировка проблемы означает безусловную актуальность патологических процессов в парапанкреатическом пространстве независимо от их давности и локализации.

Цель исследования: изучить возможности применения малоинвазивных ме-тодов при лечении гнойно-септических осложнений ОДП.

Материалы и методы. Представлен анализ 87 случаев лечения больных с гнойно-септическими осложнениями ОДП с использованием малоинвазивных технологий под сонографическим контролем в сочетании с традиционными хирургическими методами. Из них мужчин – 64 (73,6%), женщин – 23 (26,4%). В результате обследования больные были распределены следующим образом: 1-я группа – 33 (37,9%) пациента с оментобурситом; 2-я группа – 30 (34,5%) пациентов с нагноившейся кистой парапанкреатической клетчатки; 3-я группа – 24 (27,6%) пациента с забрюшинной флегмоной. В зависимости от показаний на фоне общеукрепляющего и симптоматического лечения применялся пункционно-дренажный, лапароскопический, традиционный хирургический методы лечения.

Результаты. При оментобурситах полное излечение без дополнительных хирургических вмешательств наступило у 24 (72,7%) человек. Группу больных с отрицательным результатом составили 5 человек. Всем пятерым больным произведены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. Одна больная после оперативного лечения скончалась через сутки на фоне полиорганной недостаточности. Наиболее эффективное применение малоинвазивных технологий было отмечено при лечении нагноившихся кист парапанкреатической клетчатки. У всех 30 пациентов излечение произошло без дополнительных хирур-гических вмешательств, что связано с наличием сформированной, плотной капсулы, ограничивающей гнойное содержимое от брюшной полости. Наиболее тяжелым осложнением ОДП является флегмона забрюшинной клетчатки (ФЗК). Основным источником инфицирования зон забрюшинного некроза служит кишечник, основные пути инфицирования – лимфо- и гематогенный, а основной механизм инфицирования заключается в транслокации бактерий через кишечную стенку. В результате проводимого лечения улучшение состояния наступило у всех 24 больных, однако полное излечение наступило у 10 (41,7%) человек, у 5 (20,8%) пациентов наступила стойкая стабилизация процесса, характеризующаяся уменьшением явлений интоксикации, нормализацией температурной реакции на уровне субфебрильных цифр, что позволило в последующем произвести операцию по удаления секвестров в благоприятных условиях. У 9 (37,5%) пациентов после кратковременного улучшения на фоне проведенного

малоинвазивного вмешательства вновь наступило ухудшение состояния, вследствие чего им были выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Несмотря на все усилия, у 2 пациентов состояние продолжало прогрессивно ухудшаться, что привело к летальному исходу.

Выводы. Малоинвазивные хирургические методики служат методом выбора при ограниченных панкреатогенных гнойниках. При распространенной забрюшинной флегмоне проблема ценность малоинвазивной санации становится зависимой не только от количественного, но и от качественного критерия, а именно удельного веса жидкого гноя и секвестров в гнойно-некротической полости.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНЫМИ ФОРМАМИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Свистунов С.В., Дундаров З.А., Майоров В.М.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) определяется долевым участием деструктивно-некротических форм и колеблется в широком диапазоне – от 20 до 80%. Актуальность обсуждаемой проблемы определяет большое число больных ОДП, высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений, закономерно определяющих высокий процент неблагоприятных исходов. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактику его инфицирования.

Цель исследования: выполнить сравнительный анализ эффективности малоинвазивных технологий на различных стадиях развития ОДП.

Материалы и методы. У 132 пациентов ОДП были выполнены МИТ (различные модификации пункционных и дренирующих манипуляций под наведением УЗИ), юольных разделили на три группы: в 1 группу вошли 36 (27,3%) пациентов, которым была выполнена только лечебно – диагностическая видеоассистированная лапароскопия (ЛДЛ); 2 группу составили 44 (33,3%) пациента, которым наряду с ЛДЛ выполняли различные МИТ; в 3 группу вошли 52 (39,4%) пациента, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП.

Результаты. В первой группе лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 36 пациентов как окончательный метод лечения. При микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было. Индекс Glasgow – Imrie при поступлении составил 1,67±0,12, в течение первых двух дней послеоперационного периода получена достоверная ($p<0,05$) депрессия этого показателя.

Во второй групп первично поступившие больные составили 27,3%, а остальные были переведены из районных ЦРБ, в связи с осложненным течением заболевания. Тяжесть состояния при поступлении объективно отличалась от пациентов 1 группы, что свидетельствовало о большем масштабе поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Одномоментный объем удаленного выпота варьировал в пределах от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы. Дренажи извлекали после исчезновения отделяемого.

В третьей группе при поступлении балл тяжести по Glasgow – Imrie достоверно превышал таковой показатель пациентов 1 и 2 группы. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным пункционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество внутренних перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через тонкопросветные дренажи.

Выводы. 1. На первой неделе заболевания жидкостной компонент парапанкреатита проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей геморрагическим экссудатом. При наличии высокой ферментативной активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демарка-

ции формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ, представляется маловероятным.

2. Применение МИТ в этой стадии заболевания как окончательного метода лечения, ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита представляется малоэффективным. Наиболее эффективны эти вмешательства при интраабдоминальной экссудации и наличии сформированных парапанкреатических скоплений жидкости при отсутствии распространенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сипливый В.А., Робак В.И., Гринченко С.В., Евтушенко Д.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. Тактика хирургического лечения острого некротического панкреатита базируется на оценке тяжести органной недостаточности и прогнозировании течения заболевания.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения острого некротического панкреатита с учетом характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 125 больных с острым некротическим панкреатитом. Показаниями к операции были: клиника перитонита у 117 (93,6%) больных, арозивное кровотечение в области некрозов железы – у 4 (3,2%) больных, нарастание желтухи у 4 (3,2%) больных. Инфицированный панкреонекроз диагностирован у 80 (64,0%) больных (1 группа), неинфицированный панкреонекроз с ферментативным перитонитом и органной недостаточностью – у 45 (36,0%) больных (2 группа) (Атланта, 2013). У 80 (64,0%) больных течение панкреонекроза осложнилось развитием парапанкреатита. В первой группе парапанкреатит был выявлен у 60 (75,0%) больных, во второй – у 20 (44,4%) больных.

В послеоперационном периоде умерло 34 (27,2%) больных, из них инфицированный панкреонекроз был выявлен у 30 (88,2%), парапанкреатит – у 26 (76,4%).

Использовали шкалу оценки тяжести острого сепсиса (ASSES, 2005) и шкалу диагностики и клинической оценки вторичной энтеральной недостаточности (ISS, 2007).

Результаты. Тяжесть состояния больных с инфицированным панкреонекрозом по шкале ASSES составила 15,89±0,74 баллов, с неинфицированным – 12,03±0,48 баллов ($p<0,05$). У больных с неинфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита сумма баллов составила 9,2±1,6 балла, с парапанкреатитом – 12,04±0,62 баллов ($p<0,05$). У больных с инфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита тяжесть состояния оценена в 15,33±0,57 баллов, с парапанкреатитом – в 16,02±0,78 баллов ($p<0,05$).

Степень энтеральной недостаточности у больных с инфицированным панкреонекрозом составила 38±3,56 баллов, с неинфицированным панкреонекрозом – 27±3,62 баллов ($p<0,05$). У больных с неинфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита сумма баллов составила 24±2,62 балла, с парапанкреатитом – 29±1,93 баллов ($p<0,05$). Степень энтеральной недостаточности у больных с инфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита составила 36±2,13 балла, с парапанкреатитом – 42±1,89 балла ($p<0,05$).

Установлено, что у больных с неинфицированным панкреонекрозом и поражением забрюшинной клетчатки развивается синдром системной воспалительной реакции с явлениями почечной недостаточности, а у больных с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом на фоне синдрома системной воспалительной реакции прогрессирует иммуносупрессия и печеночно-почечная недостаточность.

Выводы. 1. Поражение забрюшинной клетчатки выявляется у 64% больных с острым некротическим панкреатитом. Летальность больных обусловлена развитием полиорганной недостаточности, оценка выраженности которой возможна с применением разработанных шкал.

2. Острый некротический панкреатит сопровождается развитием энтеральной недостаточности эндогенного характера, которая наиболее выражена у больных с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОРГАННОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Скоромный А.Н., Хилько С.С., Бутырский А.Г., Черкашина О.Н.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО Крымского федерального универсиета им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия

Нарушение центральной и региональной гемодинамики при панкреонекрозе, сопровождающееся высокой частотой летальных исходов, диктует необходимость воздействия на эти звенья патогенеза при проведении комплексной консервативной терапии у больных с этим заболеванием.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с тяжелым панкреонекрозом с учетом нарушений органной гемодинамики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 109 больных с нарушениями органной гемодинамики при панкреонекрозе, разделенных на 2 группы. В I группе 74 (67,8%) больным проводили базисную общепринятую терапию. Во II группе 35 (32,1%) больным, наряду с базисной терапией, на протяжении 7-10 дней внутривенно вводили кислород-переносящие растворы (перфторан и озонированный изотонический раствор NaCl).

Результаты. При поступлении в стационар больных с острым панкреонекрозом данные исследований свидетельствуют об имеющих место признаках развивающейся полиорганной недостаточности и нарушениях органной гемодинамики с достоверным повышением объемной скорости кровотока в сосудах, не имеющих отношения к кровоснабжению поджелудочной железы. Включение предложенных препаратов в схему лечения больных позволило достоверно сократить продолжительность основных синдромов заболевания и приводило к нормализации органной гемодинамики и локального кровотока к 5-7-м суткам. Наиболее выраженный эффект наблюдали на 3-и сутки наблюдения при введении перфторана, со значимым сохранением влияния на протяжении всего времени циркуляции эмульсии в кровеносном русле (до 7-10-х суток). Кроме того, антигипоксические свойства вводимых препаратов проявлялись восстановлением уровня активности дегидрогеназ в нейтрофилах периферической крови у больных 2-й группы к 4-5-м суткам, тогда как в I группе ферментативный дисбаланс со сдвигом в сторону маркеров гипоксии сохранялся до 14 суток. Предложенная схема лечения позволила уменьшить послеоперационную летальность на 7% и общую летальность на 10,3%.

Заключение. Анализ результатов исследований позволяет рекомендовать кислород-переносящие растворы в качестве средств патогенетической терапии для улучшения результатов лечения больных с нарушениями органной гемодинамики при панкреонекрозе.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО СЕПСИСА

Совцов С.А., Прибыткова О.В.

ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Россия

Существующие сегодня тактические подходы хирургического лечения некротизирующих форм острого панкреатита, особенно при наличии тяжелых гнойных осложнений, не позволили существенно улучшить непосредственные результаты лечения. Основные принципы лечения инфицированного панкреонекроза остаются прежними: ранний своевременный и постоянный контроль инфицированного очага с преимущественно ранними мало- и инвазивных вмешательствами: деэскалационный -”step-down” и эскалационный “step-up” подходами, системная антибактериальная терапия и поддержка пострадавших функций органов и систем организма.

За последние пять лет в нашей клинике лечился 1 751 больной с острым панкреатитом, из которых оперировано 217 (12,4%) человек. Панкреатогенный сепсис диагностирован у 68 (31,3%) оперированных человек. При лечении генерализованной инфекции эмперически использовали антибиотики широкого

спектра действия для всех вероятных возбудителей с внутривенным введением препаратов в течение 1 часа, когда идентифицируется сепсис. Антибиотиками стратегического лечения являлись: карбопенемы 1 и 2 групп (имипенем, меропенем, дорипенем, эртапенем). При подозрении на MRSA использовали ванкомицин, линезолид, цефтолозан + тазобактам. Все пациенты получали полную нагрузочную дозу препаратов в моно варианте или комбинации в случаях у лиц с нейтропенией и P. Aeruginosa. Режим антибиотикотерапии оценивали ежедневно для определения возможной деэскалации с целью уменьшения резистентности микробов. После определения возбудителя и его чувствительности к препаратам, проводили деэскалацию через 3-5 дней по результатам бактериологического исследования или наличия клинического улучшения. Комплекс интенсивного лечения панкреонекроза, осложненного панкреатогенным сепсисом включал базисную и адъювантную терапию. Для оптимизации гемодинамики осуществляли раннее целенаправленное лечение. Протокол инфузионной терапии при сепсис-индуцированной гипоперфузии (когнитивные нарушения, симптом «бледного» пятна, либо мраморный цвет кожи нижних конечностей, снижение темпа диуреза менее 0,5 мл/кг/час, повышение уровня лактата до и более 4 ммоль/л) и персистирующей гипотензии после начальной волемической нагрузки – предусматривал внутривенное введение кристаллоидов в объеме 30 мл / кг в течение 3-х часов с дополнительным вливанием жидкости, количество которой было основано на многократной повторной оценке гемодинамики с использованием динамических переменных тестов для оценки отклика на инфузию жидкости. При панкреатогенном шоке, гемодинамику стабилизировали и поддерживали на уровне среднего артериального давления в 65 мм. рт. ст. применением вазопрессоров. В качестве препарата выбора использовали норадреналин. При наличии респираторного дистресс синдрома механическую вентиляцию осуществляли с дыхательным объемом в 6 мл/кг с учетом массы тела больного и с верхней границей давления плато менее 30 см вод. ст. при пассивном раздувании легких. Сатурация крови в верхней полой вене ($ScvO_2$) или сатурация смешанной венозной крови (SvO_2) при этом должна быть 70% и 65% соответственно.

При реализации представленного протокола лечения удалось снизить показатель летальности при панкреатогенном сепсисе с 56,1% до 39,6%.

СТОИТ ЛИ МЕНЯТЬ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА?

Совцов С.А.

ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Россия

Появившиеся в последние годы нормативные документы в виде национальных Guidelines различных стран и отечественные клинических рекомендаций (РОХ) позволили, в какой-то мере, упорядочить вопросы хирургической тактики при остром панкреатите. Вместе с тем, непосредственные результаты лечения деструктивных форм панкреатита, особенно при возникновении тяжелых гнойных осложнений, панкреатогенного сепсиса оставляют желать лучшего (число послеоперационных осложнений – 38-81% и летальности – 11-39%). Они, в определенной мере, обусловлены целым рядом не до конца решенными, прежде всего, тактическими проблемами. К ним можно отнести:

1. Так ли необходимо, на фоне проводимой интенсивной терапии панкреатита, придерживаться стратегии выжидания и оперативное вмешательство производить при развитии гнойных осложнений?
2. Что из себя представляют жидкостные образования в различных отделах забрюшинной клетчатки – это осложнение или клиническое проявление основного заболевания?
3. Необходимы ли их пункции и тогда, в каких случаях?
4. Если необходимы, то, как следует дальше поступать – выполнять повторные пункции или устанавливать дренаж?
5. Какие стратегические подходы являются более предпочтительными: деэскалационный (”step-down”) или эскалационный (“step-up”)?

6. Какой тактики лечения следует придерживаться при идентифицированном панкреатогенном сепсисе?

И это далеко не все имеющиеся вопросы, которые, по нашему мнению, существенно влияют на конечные результаты лечения острого панкреатита. За последние 5 лет в нашей клинике пролечено 1751 больной с острым панкреатитом, из которых оперировано 217 (12,4%) человек. Деструктивный панкреатит был выявлен у 504 (28,8%) человек. При реализации тактических хирургических подходов старались использовать ранние малоинвазивные эскалационные технологии (“step-up”). Так, в первую неделю от начала заболевания у 125 (57,7%) человек произведены лечебные малоинвазивные, в т.ч. и лапароскопические вмешательства. Успешным такое лечение оказалось у 77 (61,6%) больных, при котором удалось добиться стабилизации состояния пациентов и ограничить объем хирургического лечения лишь лапароскопическими процедурами. У 48 (38,4%) больных после лапароскопической санации и дренирования воспалительный процесс в поджелудочной железе прогрессировал и им пришлось выполнить открытые лапаротомные операции. Всего лапаротомии произведены у 92 (42,3%) человек. У 18 (19,2%) пациентов это удалось с помощью минилапаротомных доступов. Лишь у единичных больных был использован видео-ассистированный гибридный подход (типа VARD). У 206 (41%) человек на УЗИ и КТ были диагностированы жидкостные образования различных размеров и локализаций. Все они купированы консервативными мероприятиями.

Таким образом, использованные нами стратегические подходы при лечении тяжелых форм осложненного острого панкреатита и панкреатогенного сепсиса позволили существенно снизить частоту послеоперационных осложнений (до 49,8%) и летальности (до 28,5%).

ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Леднева А.В., Коробейников В.И., Акимов А.А.

ФГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит (ОДП) принято относить к заболеваниям смешанного (реаниматолого-хирургического) профиля. Накапливается все большее число аргументов для рассмотрения ОДП в круге понятий иммунологии. К настоящему моменту считается установленным, что в патогенезе острого деструктивного панкреатита (ОДП) важную роль играет вторичный иммунодефицит. Наличие и выраженность иммунодефицита находится в прямой зависимости от тяжести панкреатита.

При ОДП цитокинотерапию rIL-2 проводят в течении двух стадий развития болезни: в стадии перипанкреатического инфильтрата для предотвращения инфицирования некротических очагов и в стадию гнойных осложнений. Для профилактики и лечения панкреатогенного сепсиса.

Цель исследования: улучшить результаты комплексного хирургического лечения панкреонекроза.

Материалы и методы. Проведено исследование эффективности препарата «Ронколейкин» при ОДП. В исследование вошди 75 пациентов, которых разделили на две группы, Цитокинотерапию проводили больным в исследуемой группе с инфицированными формами панкреонекроза (38 (50,7%) пациентов). Группа сравнения – 37 (49,3%) человек, больные гнойным панкреонекрозом, которые иммунотерапию не получали. За 12-24 часа до оперативного вмешательства «Ронколейкин» вводили однократно внутривенно в дозе 0,5 мг, рлечения взведѐнным в 400 мл физиологического раствора. В послеоперационном периоде продолжали цитокинотерапию по 0,5-1,0 мг через 24-48 часов в сочетании с традиционной терапией инфицированного панкреонекроза до нормализации иммунологических показателей крови. Для оценки иммунитета больных мы исследовали иммунограммы в динамике, в которых определяли содержание иммунокомпетентных клеток, их субпопуляций, уровень макрофагальной активности, фагоцитарную активность по В.Н. Каплину, иммуноглобулины A, M, G. Иммунограммы оценивали у больных до оперативного лечения в группе сравнения, в основной группе до операции и цитокинотерапии, затем в группе сравнения – через 7-10; 14-20 суток после оперативного лечения, а в основной группе соответственно после операций и цитокинотерапии «Ронколейкином».

Результаты. Изначально до оперативного лечения и цитокинотерапии обе исследуемые группы достоверно не отличались друг от друга по показателям иммунограммы, наблюдали выраженную иммунодепрессию. После лечения в основной группе через 7-10 суток произошло достоверное увеличение Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессеров (CD8), В-лимфоцитов (CD19) ($p<0,05$), в сравнении с контрольной группой, где достоверно возросло лишь количество Т-лимфоцитов. Все остальные оцениваемые показатели также увеличились в основной группе (фагоцитарная активность нейтрофилов, макрофагальная активность ($p<0,05$), иммуноглобулины возросли недостоверно). На 14-20 сутки в основной группе все показатели иммунограммы достоверно возросли и стали нормальными, а в группе сравнения достоверно увеличились CD3, CD4, макрофагальная активность и фагоцитарная активность нейтрофилов, но остальные показатели иммунитета не претерпели достоверных изменений.

Разница в длительности лечения между группами составила 10 койко-дней в пользу основной группы. В исследуемых группах летальность составила 18% и 26% в основной группе и группе сравнения соответственно.

Выводы. Включение в комплексное лечение инфицированного панкреонекроза иммунотерапии «Ронколейкином» при адекватном оперативном пособии приводит к нормализации показателей клеточного и гуморального иммунитета, позволяет снизить продолжительность стационарного лечения, уменьшить смертность больных.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Тарасенко В.С., Лазарев В.Д., Проскуряков В.Е.

Оренбург, Россия

Цель исследования: коррекция эндотоксикоза при панкреонекрозе в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Представлен ретроспективный анализ применения экстракорпоральных методов детоксикации (ультрафиолетовое облучение крови (УФОК), гемосорбция (ГС), обменный плазмаферез (ОПФ) у 131 больного в послеоперационном периоде с верифицированным мелко- и крупноочаговым панкреонекрозом, ферментативным перитонитом.

Результаты. Оценку степени тяжести функциональных нарушений проводили по шкале SAPS II, оценку степени органных нарушений = по шкале SOFA. Больных со средней степени тяжести по SAPS II было 31,73%, тяжелой – 57,7%.

У 37 больных осуществляли ультрафиолетовое облучение крови аппаратом «Изольда» МД-73М в течение 17,0±1,5 минуты с количеством сеансов в режиме ежедневного проведения (3-7) и зависимо от тяжести течения процесса и наличия положительного клинического эффекта. Включение УФО крови в комплексную базисную терапию оказывает благоприятное влияние уже после трехкратного применения: наблюдается улучшение самочувствия больных, уменьшение тахикардии и температуры тела ($P<0,01$).Однако, не все маркеры эндотоксикоза (МСМ, ЛИИ), показатели липопероксидации (ДК, МДА) достоверно снижаются под влиянием этого метода. Вместе с тем показателем «очищения» крови является увеличение времени выживания парамеций ($p<0,01$). Летальность в этой группе больных составила 27%.

Более зримый клинический эффект детоксикации установлен у 36 больных после проведения сеанса гемосорбции (ГС) на углеродных сорбентах СКН-4М и ФАС от 1до 3-х раз. Уже после однократного проведения сеанса ГС наблюдали снижение на 1 градус температуры тела, урежение ЧСС ($p<0,05$), более существенным снижением уровня альфа амилазы ($p<0,001$), билирубина ($p<0,02$), креатинина ($p<0,001$) увеличением парамецийного времени на 39,1% ($p<0,001$). Летальность составила 22%.

Применение обменного плазмафереза (ОПФ) у 28 больных в дискретном или в непрерывном режиме с элиминацией 1200 мл плазмы с одновременным адекватным ее возмещением плазмой и альбумином (в объеме не менее 50% удаляемого объема) выявило более отчетливый детоксицирующий эффект

после второго сеанса плазмафереза, проведенного с интервалом в 24 часа после первого, выполняемого в первые сутки после оперативного вмешательства.

Прослеживается отчетливая тенденция в улучшении общего состояния больных по завершению второго сеанса: купирование психомоторного возбуждения и делириозного состояния, уменьшение пареза кишечника, достоверное снижение температуры тела, урежение пульса, снижение α-амилазы на 48,7%, билирубина – на 44,5%, ЛИИ – на 53%, МСМ – на 43,8%, увеличение парамецийного времени – на 46,7%. Летальность в этой группе больных составила 21,4%.

Возврат симптомов интоксикации на следующие сутки у ряда больных обусловлен дренирующей функцией плазмафереза, улучшающее лимфо- и гемоциркуляцию и «прорывам» токсических веществ из деблокированного интерстиция, чем и было продиктовано проведение повторных сеансов плазмафереза, количество которых составило от 1 до 5 с интервалом 24-48 часов.

У 32 больных применен каскадный комплекс эфферентных методов детоксикации (УФО, ГС, ОПФ) наглядно продемонстрировавший более эффективную коррекцию процессов липопероксидации и эндотоксикоза в сравнении с изолированным использованием в отдельности каждого из этих методов, что в итоге сопровождалось снижением уровня летальности до 18,7%.

Выводы. Адекватные проведенное оперативное вмешательство с использованием в послеоперационном периоде экстракорпоральных методов детоксикации, является залогом снижения частоты гнойно-септических осложнений и летальности больных острым панкреонекрозом.

НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ФЕРМЕНТАТИВНО-ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Тедорадзе В.О., Кашибадзе К.Н., Менабде Д.М., Базиак А.М.

Университетская клиника г. Батуми, Грузия

Лечение острого панкреатита, осложненного ферментативно-гнойным перитонитом, остается одной из сложных и дискутабельных проблем ургентной хирургии.

За последние 10 лет в хирургическом департаменте Университетской клинике г. Батуми находились на лечение 48 больных острым панкреатитом, осложненным ферментативно-гнойним перитонитом, из них женщин было 22 (45,8%), мужчин – 26 (54,2%). Были проведены различные типы оперативного вмешательства: лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнена у 10 больных; санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости открытым способом – 5 больным; некрсеквестрэктомия, холецистэктомия с дренированием общего желчного протока по Пиковскому, санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости – 12 больным; холецистэктомия в сочетании с дренированием холедоха по Пиковскому, дренированием и тампонированием сальниковой сумки – 14 больным; холецистэктомия с холедохолитотомией, дренирование по Керу, дренирование и тампонирование сальниковой сумки – 7 больным.

Среди причин развития острого панкреатита, осложненного ферментативно-гнойным перитонитом надо отметить алкогольный генез – 26 (54,2%) случаев; желчно-каменная болезнь – 18 (37,5%) случаев, смешанные формы – 4 (8,3%) случая. Сопутствующие заболевания отмечали 37,4% больных.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были: аррозионное кровотечение из панкреатической ткани – 8 больных; нагноение парапанкреатической клетчатки – 3 больных; полиорганная недостаточность и панкреатогенный шок – 4 больных; острый инфаркт миокарда – 2 больных; острая пневмония – 4 больных; нагноение послеоперационной раны – 6 больных; эксудативный плеврит – 7 больных; эвентрация кишечника – 2 больных.

Летальный исход наступил в 5 (10,4%) случаях. Этим больным понадобились многократные релапаротомии, некрсеквестрэктомии с дренированием и санацией малого сальника брюшной полости с многократными аррозивними кровотечениями.

Главной причиной развития ферментативно-гнойного перитонита при остром панкреатите является разгерметизация протоковой системы и добавление банальной флоры по причине острого воспалительного процесса, чему способствует излишний прием алкоголя и желчно-каменная болезнь или же их совокупность.

Лечение особенно трудных случаев ферментативно-гнойного перитонита при остром панкреатите во многом зависит от индивидуального подхода к каждому конкретному случаю, с учетом этиологии и патогенеза заболевания, максимально широком применении лапароскопической техники на разных этапах течения заболевания. Лапароскопические методы оперативного вмешательства способствуют быстрой коррекции полиорганных нарушении, стабилизации общего состояния, сокращении послеоперационных осложнений и летальности.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Третьяк С.И., Синило С.Б., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т.,
Баранов Е.В., Жура А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель исследования: оценка результатов лечения тяжелых форм острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Материалы и методы. В хирургических отделениях УЗ ГК БСМП было пролечено с острым панкреатитом 588, с хроническим панкреатитом – 2374 пациентов. Тяжелые формы ОДП составили 10,9% (64 пациента). Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни пациентов с ОДП, находившихся на лечении с 2014 по 2016 гг., среди них было 29 (45,3%) женщин (средний возраст 60 лет) и 35 (54,7%) мужчин (средний возраст – 47,1 года). Тяжесть панкреатита при поступлении определяли по шкале Ranson, а в последующем по развитию ранних тяжелых осложнений. В диагностике и лечении ОДП использовали национальные протоколы Министерства здравоохранения республики Беларусь. Всем пациентам с тяжелыми формами ОДП выполняли УЗ-мониторинг состояния поджелудочной железы и органов брюшной полости с промежутками в 12 – 24 – 72 часа, выполнения КТ органов брюшной полости в первые 3-7 суток с определением интрапанкреатической и внепакреа-тической зоны поражения.

Результаты. Ферментативный распространенный перитонит был выявлен в первые 2-3 дня от момента поступления у 32 (50%) пациентов. При УЗИ мониторинге обнаружено увеличение количества жидкости в брюшной полости. Оментобурсит и явления парапанкреатита выявлены у 19 (29,7%) пациентов в первые 3-4 суток. У 13 (21,3%) пациентов тяжесть состояния была обусловлена развитием тяжелого синдрома эндогенной интоксикации с явлениями полиорганной недостаточности на фоне ферментемии.

Всем пациентам с распространенным перитонитом выполнена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Пациентам с неинфицированным нарастаю-щим оментобурситом (9) на 5-6 сутки была выполнена пункционная санация сальниковой сумки под УЗ-контролем, а 5 пациентам на 10-15 сутки – ее дренирование по поводу гнойного оментобурсита. У 5 пациентов улучшение наступило на фоне консервативных мероприятий. Забрюшинное распространение процесса с развитием параколита было выявлено у 19 пациентов. Под УЗ-контролем параколит дренирован у 14 пациентов на 12-16 сутки, и произведено вскрытие по Пирогову – 5 пациентам на 14-16 сутки. Пациентам с тяжелыми формами ОДП в день поступления выполнялась катетеризация верхней брыжеечной артерии с локальным введением лекарственных препаратов. Методы экстрокорпаральной детоксикации в комплексном лечении были включены 10 (15,6%) пациентам: гемосорбция на «Овосорбе» – 4, плазмаферез – 2, мультифильтрат – 4. Средний койко-день составил 31. Умерло 26 больных, что составило 40,6% от количества пациентов с ОДП и 4,0% от количества пациентов с острым панкреатитом.

Заключение. Наиболее эффективными являются малоинвазивные методики лече-ния с локальным подведением лекарственных средств в верхнюю брыжеечную артерию и ранней коррекцией синдрома эндогенной интоксикации с применением в комплексной терапии методов детоксикации.

ПРОДЛЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Третьяк С.И., Жура А.В., Большов А.В., Баранов Е.В., Ращинский С.М., Ахмад Ю.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Внутриартеральное введение препаратов подразумевает собой введение медикаментов в крупные артеральные стволы, питающие пораженный орган. Из двух крупных артеральных бассейнов, питающих поджелудочную железу, нами была выбрана верхнебрыжеечная артерия, которая также кровоснабжает ободочную и тонкую кишку, являющиеся органами-мишенями при панкреонекрозе.

Материалы и методы. За период 2015-2016 гг. на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска было проведено проспективное клиническое исследование. В исследование включили 44 пациента с тяжелым некротизирующим панкреатитом, поступивших в ранний период заболевания в течение первых 5 суток от его начала. Пациенты были разделены на две группы. В контрольной группе (28 (63,6%) пациентов) лечение проводили по общепринятым методикам. В основной группе (16 (36,4%) пациентов) дополнительно выполняли продленную регионарную артериальную инфузию через катетер в верхнебрыжеечной артерии. Для артериального доступа применяли доступ через общую или поверхностную бедренную артерию. Введение инфузионной смеси в течение 5 суток при помощи стандартного электронного инфузионного насоса, применяли: Гепарин 24 000 ЕД/сут, Пентоксифиллин 400 мг/сут, Эмоксипин 900 мг/сут, Цефотаксим 2,0 г/сут, Овомин 240000 АТЕ/сут. Всем пациентам на 5-7 сутки от начала заболевания выполняли компьютерную томографию. Подтверждением тяжелого течение заболевания являлось определение 7-10 баллов согласно шкале Balthazar.

Результаты. Среди пациентов основной группы умерло 4 (25%), неблагоприятные исходы в контрольной группе развились у 13 пациентов (46,4%). Основными причинами летальности были панкреатогенный шок и инфекционные осложнения. Общая частота осложнений в основной группе была выше, чем в контрольной (62,5 и 46,4% соответственно), что связано с отсутствием летальности в ранний период заболевания у пациентов, которым применялся метод внутриартериальной инфузии, и, соответственно, с большим сроком стационарного лечения (медиана длительности госпитализации 43 и 21,5 дней в основной и контрольной группах). Среди осложнений инфицирование было самым частым и развилось в обеих группах приблизительно в одинаковом количестве случаев (43,8% в основной и 39,3% в контрольной). При этом большинство пациентов основной группы с гнойными осложнениями выжили (летальность – 42,9%), в тоже время в контрольной группе при развитии инфицирования летальный исход наступил в 72,7% случаев. Панкреатогенный шок в ранний период заболевания, приведший в последующем к полиорганной недостаточности и летальному исходу, развился у 6 (23,1%) пациентов контрольной группы и ни у одного пациента основной. Другие осложнения (тромбоз вен портальной системы, аррозивные кровотечения, некрозы органов брюшной полости) были единичными в обеих группах. Оперативное лечение было проведено у 81-85% пациентов в обеих группах. В основной группе количество вмешательств в пересчете на одного пациента было выше по сравнению с контрольной – 3,7 и 2,6 соответственно.

Выводы. Применение продленной регионарной артериальной инфузии в комплексном лечении тяжелого течения острого некротизирующего панкреатита позволило уменьшить риск развития панкреатогенного шока в раннюю стадию заболевания. Септические осложнения возникли с сопоставимой частотой по сравнению с традиционным лечением, однако летальность среди пациентов с гнойными осложнениями, которым применялось внутриартериальное введение препаратов в ранний период заболевания, была значительно ниже (42,9% и 72,7% и соответственно). Это, в свою очередь, привело к уменьшению общей летальности с 46,4% до 25%.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ

Федоровский В.В.

ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ Городская клиническая больница № 34, г. Новосибирск, Россия

Хотя ведущим методом при стерильном панкреатите признан консервативный, существует точка зрения, что при наличии забрюшинного отека или инфильтрата необходимо оперировать больных с целью удаления экссудата, с обязательным вскрытием париетальной брюшины по боковым каналам и вокруг железы для декомпрессии забрюшинной клетчатки, либо лапароскопически делать «фенестрацию» париетальной брюшины. Тем не менее, известно, что оперативное вмешательство при стерильном остром панкреатите ухудшает прогноз.

Цель исследования: изучить возможности компьютерной томографии и некоторых других общедоступных параметров для определения высокой вероятности инфицирования и показаний к операции.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 64 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ №34 с 2008 по 2017 гг. Мужчин было 38 (59,4%), женщин – 26 (40,6%). Средний возраст 48,77±14,92 лет. Срильный панкреатит был у 48 больных, инфицированный – у 16. Всем больным была сделана СКТ с контрастным усилением и выявлены изменения в забрюшинной клетчатке, включая инфильтрацию параколической клетчатки, корня брыжейки и жидкостные скопления.

Проведено сравнение по таким параметрам как возраст, количество баллов по APACHE II, наличие плеврита, ранние операции, проведение лапароскопии, пункции острых жидкостных скоплений, наличие газа в инфильтрате.

Результаты. При подсчете баллов по APACHE II выяснилось, что у больных со стерильным панкреатитом на момент проведения КТ этот показатель равнялся в среднем 5,85±3,47, а с инфицированным – 9,43±3,79. У пациентов младше 60 лет инфицирование отмечено у 8 (17,39%) из 46, старше 60 лет – у 8 (44,44%) из 18.

Признаки плеврита при КТ выявлены у 12 (25%) из 48 больных со стерильным ОП и у 8 (50%) из 16 с инфицированным, причем двусторонний плеврит при стерильном встретился только у 3 (5,71%) из 48 человек, а при инфицированном у 4 (25%) из 16.

Из 20 больных, которым выполнялась диагностическая лапароскопия, инфицирование развилось у 3 больных, которым также делали пункции жидкостных скоплений. У 5 (31,25%) из 16 больных с инфицированным некрозом парапанкреатической и забрюшинной клетчатки при КТ выявлены пузырьки газа в области инфильтрата.

У 5 больных инфицирование некрозов развилось после перенесенной лапаротомии по поводу стерильного панкреатита. Всего с инфицированным панкреатитом оперировано 15 больных, умерло 5. Среди лечившихся только консервативно больных со стерильным панкреатитом умерших не было.

Выводы. Наиболее точным признаком, указывающим на инфицирование, является наличие пузырьков газа в области инфильтрата по данным КТ. Из других признаков, повышающих вероятность инфицирования, необходимо отметить наличие плеврита, особенно двустороннего, перенесенную в предыдущие дни операцию по поводу стерильного острого панкреатита, возраст старше 60 лет и количество баллов по APACHE II более 9. При сочетании указанных признаков необходимо активнее ставить показания к оперативному лечению. При их отсутствии, показано консервативное лечение.

ПЕРЕКРЕСТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Чуклин С.Н., Пидгирный Б.Я., Чуклин С.С.

Львовская областная клиническая больница, Львов, Украина

Работа является комплексным исследованием, в котором проведена оценка особенностей воспалительного процесса и гемостаза у 155 больных некротическим панкреатитом. Острый панкреатит (ОП) средней тяжести был диагностирован у 98 (63,2%) пациентов и тяжелый – у 57 (36,8%).

Изменения в гемостазе больных тяжелым ОП и ОП средней тяжести можно было охарактеризовать, как приобретенную тромбофилию, характеризующуюся первичным активированием факторов гемокоагуляции, дефицитом естественных антикоагулянтов и фибринолитиков, активированием межклеточного взаимодействия. Определено, что гиперкоагуляционные факторы в крови больных ОП усиливали действие друг друга. На этом фоне удинялось время фибринолиза и уменьшалась активность антитромбина III (АТ III). Провоспалительные факторы также стимулировали, как правило, синтез друг друга и подавляли продукцию противовоспалительных.

Возникновение сердечно-сосудистой, легочной, почечной, метаболической дисфункции сопровождается активированием плазменного звена гемостаза и тромбоцитов, недостаточной активностью естественных антикоагулянтов (АТ III), повышенным синтезом белков острой фазы (СРБ), избыточной продукцией провоспалительных цитокинов, пониженной концентрацией протективных газотрансмиттеров (H2S).

С помощью дискриминантного анализа было установлено, что в развитии почечной недостаточности ведущую роль играют снижение активности АТ III и высокие концентрации ИЛ-6 и ФНО-б, легочной дисфункции – высокий уровень РФМК и удлинение тромбинового времени (ТВ), сердечно-сосудистой недостаточности – увеличение процента активированных тромбоцитов, угнетение фибринолиза, удлинение ТВ. По кривой ROC чувствительность определения РФМК для прогнозирования легочной дисфункции у больных ОП составила 86,2%, а специфичность – 83,8%, с положительной и отрицательной прогностической ценностью 80,65% и 88,57%, соответственно (пороговый уровень 137,50 мг/л). Чувствительность определения ИЛ-6 для прогнозирования почечной дисфункции составила 76%, а специфичность – 78% (пороговый уровень – 111,30 пг/мл) с положительной и отрицательной прогностической ценностью 67,86% и 84,21%, соответственно.

Тяжесть ОП, определенного по шкалам Ranson и BISAP, тяжесть состояния больного по APACHE II и органной дисфункции по шкале SOFA, тяжесть поражения поджелудочной железы по шкале Balthazar, ассоциировались с сокращением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), удлинением ТВ, уменьшением активности АТ III, увеличением продуктов деградации фибрина (РФМК и D-димеров), повышенным активированием тромбоцитов и их агрегации, высоким синтезом провоспалительных цитокинов и СРБ (кроме тяжести поражения поджелудочной железы по шкале Balthazar), увеличением нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения (НЛС) и снижением концентрации H2S.

Заключение. Введение эноксапарина в комплекс лечения больных ОП средней тяжести способствовало улучшению показателей гемостаза и имело противовоспалительный эффект. Это улучшало состояние больных, уменьшая тяжесть по шкале APACHE II от 9,54±1,01 баллов до 5,52±1,31 (в группе сравнения от 9,48±1,01 до 7,49±1,58) ($p<0,05$). Летальность уменьшилась с 7,94% до 2,86%, но этот показатель не был достоверным ($ч2= 1,01$; $p=0,3149$). Частота применения открытой некрсеквестрэктомии уменьшалась при применении эноксапарина ($ч2=4,39$; $p=0,0361$).

Введение эноксапарина в комплексное лечение больных тяжелым ОП также позволило уменьшить процессы воспаления и изменения в системе гемостаза. Это приводило к улучшению состояния больных, учитывая балльную оценку по шкале APACHE II (от 11,94±1,39 баллов до 6,96±1,63; в группе сравнения от 12,42±1,42 до 10,18±1, 44, $p<0,05$) и тяжесть органной дисфункции по шкале SOFA (от 5,74±1,39 баллов до 1,04±1,60; в группе сравнения от 5,38±1,36 до 3,05±1,21, $p<0,05$). Летальность снизилась с 30,77% до 9,68% ($ч2=4,04$; $p=0,0445$).

ВЫБОР СПОСОБА СЕКВЕСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Проанализированы результаты лечения 473 больных острым панкреатитом тяжёлой степени тяжести (2012-2016 гг.). Применяли комплексная консервативная терапия (ККТ). Хирургическое лечение использовано у 342 больных.

На основании выявленного достоверного соответствия результатов КТ с болюсным контрастированием, интраоперационных находок и морфологических изменений определены основные критерии, характеризующие панкреонекроз: объём и локализация некроза поджелудочной железы (ПЖ); характер, распространённость экстрапанкреатического патологического процесса. Данные критерии определяют закономерность развития заболевания, предоставляют возможность моделирования, прогнозирования осложнений, выработки оптимальной лечебной тактики.

Разработаны клинико-морфологические модели панкреонекроза:

«Модель-1»: V-некроза ПЖ<30%, парапанкреатический инфильтрат, жидкостное скопление;

«Модель-2»: V-некроза ПЖ30-50% в дистальных отделах, парапанкреатический инфильтрат по «левому типу»;

«Модель-3»: V-некроза ПЖ30-50% в проксимальных отделах, парапанкреатический инфильтрат по «правому типу»;

«Модель-4»: V-некроза ПЖ30-50% и более с разобщением проксимальных и дистальных отделов панкреатического протока, парапанкреатический инфильтрат по «правому, центральному, левому» типам.

«Модель-1» – 173 (36,6%) больных. Заболевание купировано применением ККТ у 131 пациента. В 42 случаях выявлены единичные жидкостные скопления (ЖС) V>50 мл, применён пункционно–дренирующий способ (ПДС).

«Модель-2» – 149 (31,5%) больных. ПДС применён у 49 пациентов. В 55 случаях V-некроза ПЖ составлял 30-50%, изменения в ЗК соответствовали инфильтрату. Отсутствие эффекта от ККТ, признаки инфицирования служили показанием для проведения секвестрэктомии из лапаротомного доступа. У 45 пациентов ПДС на фоне ККТ не имел эффекта. Использован этапный способ (ЭС). На втором этапе в 32 случаях применён лапаротомный способ (ЛС) секвестрэктомии, в 13 случаях применены малотравматичные методики секвестрэктомии.

«Модель-3» – 85 (18,0%) больных Заболевание купировано применением ПДС в 18 случаях, ЭС использована у 67 больных. Секвестрэктомия выполнена из лапаротомного доступа в 49 случаях, малотравматичные методики применены в 18 случаях.

«Модель-4» – 66 (13,9%) больных. Применён ЭС. Использование ПДС в качестве I-этапа способствовало стабилизации больного, отграничению процесса, проведению ЛС секвестрэктомии в поздние сроки.

С целью минимизировать риск прогрессирования системной воспалительной реакции и развития полиорганной недостаточности используем ретроперитонеоскопическую и эндоскопическую транслюминальную методики секвестрэктомии. Ретроперитонеоскопический способ секвестрэктомии применён в 18 случаях («Модель-2» – 8 пациентов; «Модель-3» – 10 пациентов). Транслюминальная эндоскопическая секвестрэктомия применена в 13 случаях («Модель-2» – 5 пациентов; «Модель-3» – 8 пациентов). Использование данных способов стало возможным в результате топической диагностики патологического процесса в ПЖ и ЗК при помощи современных инструментальной методов диагностики и принципов моделирования панкреонекроза.

Ретроперитонеоскопическая и транслюминальная эндоскопическая секвестрэктомии (при учёте строгих показаний к проведению) позволяют избежать травматичного лапаротомного вмешательства, способствуют улучшению результатов лечения.

Показатели летальности: «Модель-1» (n=173) – 4 (2,3%); «Модель-2» (n=149) – 18 (12,1%); «Модель-3» (n=85) – 24 (28,2%); «Модель-4» (n=66) – 20 (30,3%); всего (n=473) – 66 (14,0%).

Выводы. 1. тактика лечения больных панкреонекрозом определяется локализацией, распространённостью патологических изменений в ЗК, объёмом и локализацией некроза ПЖ.

2. моделирование панкреонекроза с использованием динамической КТ позволяет осуществить выбор оптимального способа секвестрэктомии, прогнозировать результаты лечения, снизить частоту осложнений и летальных исходов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ ИНФУЗИННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Эрметов А.Т., Мамадумаров Т.С., Юсупов Ш.И., Йулдашев А.А., Курбонбоев Б.Н.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: определить роль и значение внутриаортальной катетерной терапии как компонент хирургической детоксикации в лечении острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. Под наблюдением в отделении хирургической реанимации Наманганского филиала РНЦПЭМ за период с 2010 по 2016 гг находились 170 больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

I период: с 2010 по 2013 гг. под наблюдением находились 86 (50,6%) больных, из них 46 мужчин и 40 женщин. Отличительной особенностью тактики лечения в данный период являлись ранние оперативные вмешательства, независимо от тяжести течения заболевания. В этом периоде с отечным панкреатитом поступил 21 (24,5%) больной, с мелкоочаговым и субтотально-тотальным жировым панкреонекрозом – 22 (25,4%), субтотально-тотальный геморрагический панкреонекроз – 20 (23,6%), мелкоочаговый, субтотально-тотальный, гнойный панкреонекроз – 23 (26,5%) больных. Характер оперативных вмешательств выглядел следующим образом: «виделапороскопические вмешательства» – у 6 больных, «закрытый метод» – у 39, «полуоткрытый метод» – у 21, «открытые операции с программируемым режимом реопераций» – у 20 больного.

II период: с 2014 по 2016 гг. в соответствии с фазовым течением лечение носило этапный характер: максимально консервативное в острой фазе и на стадии формирования некроза и активное хирургическое лечение при фазе инфицирования некроза. Под наблюдением находилось 84 (49,4%) больных, из них мужчин – 45, женщин – 39. Из общего числа 59 (70,2%) пациентов подверглись различным оперативным вмешательствам. По характеру оперативных вмешательств: «виделапороскопические вмешательства» – у 22 (37,2%) больных, «закрытый метод» – у 6 (10,1%), чрескожно-пункционные вмещательства под контролем УЗИ – у 5 (8,4%), открытые операции в программируемым режимом из «мини-доступа» – у 26 (44,7%) больного. В программу лечения включили длительную внутриаортальную катетерную терапию у 43 (51,2%). Катетер устанавливали по методике Сельдингера через бедренные артерии под контролем ангиографа фирмы «Филлипс» избирательно в селезеночную артерию. Внутриаортальную инфузию проводили с целью возмещения дефицита жидкости, электролитов, белкового состава крови, блокаторов панкреатической секреции, антибиотикотерапии, для поддержание функции жизненно-важных органов без перегрузки малого круга кровообращения.

Результаты. В I периоде после закрытых операций летальность составила – 23,4% (14), летальность при открытых программированных реоперациях составила – 10,0%, а общая послеоперационная летальность составила – 18,7%. Причиной летальности у этой категории больных была нарастающая полиорганная недостаточность на фоне интоксикации и декомпенсации сопутствующих патологий.

Во II периоде после видеолапароскопических вмешательств из 23 больных выписаны 21, летальность составила – 8,4%, после программированных операций из «мини-доступа» – 12,0%, а общая послеоперационная летальность составила – 12,%. Причинами летального исхода были в основном прогрессирования панкреонекроза и декомпенсация сопутствующей патологии.

Заключение. Инфузионная дектокцикационная терапия через внутриаортальный катетер легко переноситься у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми и бронхолегочными патологиями, селективная антибиотикотерапия через чревной ствол при панкреонекрозе приводить относительно быстрому регрессу воспалительного процесса и предотвращает развития гнойно- некротических осложнений.

IV. МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Авдосьев Ю.В., Брицкая Н.Н., Лаврентьева О.Ю., Клесова М.А.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков, Украина

Введение. В настоящее время использование миниинвазивных эндобилиарных методов декомпрессии для купирования билиарной гипертензии у больных с холангиоцеллюлярным раком позволяет расширить показания к комбинированной резекции внепеченочных желчных протоков с резекцией печени и тотальной каудальной лобэктомией.

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 62 больных с холангиоцеллюлярной карциномой с использованием комплексной агрессивной хирургической тактики и интервенционных вмешательств.

Результаты. Применение методов интервенционной радиологии – чрескожного чреспеченочного холангиодренирования (ЧЧХД), антеградного билиарного эндопротезирования, внутриартериальной химиоэмболизации (ВАХЭ) в комплексном хирургическом лечении больных с хилярной холангиокарциномой, осложненной механической желтухой, позволило снизить уровень билирубина, добиться стабилизации опухолевого процесса и произвести в последующем у 30% пациентов в качестве второго этапа радикальное хирургическое лечение в виде резекции пораженной части печени в сочетании с тотальной каудальной лобэктомией, резекцией внепеченочных желчевыводящих путей и расширенной лимфодиссекцией (D2-D3). В раннем послеоперационном периоде диагностированы следующие осложнения: печеночная недостаточность возникла у 5 (8,1%) больных, желчеистечение – у 3 (4,8%) пациентов, что не требовало ни в одном из случаев дополнительных вмешательств. Летальность составила 6,5%. Общая отдаленная актуриальная выживаемость у больных с холангиоцеллюлярной карциномой, которым были проведены радикальные вмешательства составила: 1-летняя – 85,8%, 3-летняя – 42,8%.

Заключение. Концепция агрессивной хирургической тактики у больных с холангиоцеллюлярным раком после ранее выполненных интервенционных вмешательств позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения данной категории больных.

ПРЕИМУЩЕСТВА МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекситан
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Основное значение в камнеобразовании у детей придается наследственным факторам в сочетании с общими обменными нарушениями и аномалиями развития желчевыводящей системы. Среди детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холелитиаз выявляется у 0,1-1% детей. Важно, что за последние 10-15 лет, она значительно выросла и общая тенденция к ее росту продолжает сохраняться.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиническое и инструментальное обследование 54 пациентов в возрасте от 3 мес. до 18 лет, находившихся на стационарном обследо¬вании и лечении в период с 2005 по 2017 гг. в отделении детской хирургии РНЦЭМП. Девочек было – 29 (53,7%), мальчиков – 25 (46,3%).

Обследование в нашей клинике включает помимо общеклинических, ультразвуковое исследование (УЗИ) и по показаниям – МРТ. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию (ЭРХПГ) выполнялось детям старше 6 лет, что продиктовано их антропометрическими данными и диаметром рабочей части дуоденоскопа.

Результаты. Всем детям проведено обследование по утвержденным стандартам. УЗИ желчевыводящей системы выполнено всем детям, с высокой информативностью. Оно по праву считается скрининговым в диа¬гностике ЖКБ как у детей, так и у взрослых. Чувствительность его при локализации камней в желчном пузыре превышает 97%, а в случае наличия акустической тени достигает 99%.

При изучении результатов общеклинического обследования только у 16 детей имела место умеренная билирубинемия. Общий анализ крови, как правило, без существенных сдвигов.

Приповышении билирубина ЭРХПГ играет решающую роль в диагностике патологии желчевыводящих путей (чувствительность метода составляет до 99%). Она включает два этапа исследования – гастродуоденоскопию и прямое контрастирование желчных протоков, которые при необходимости могут быть дополнены эндоскопической папиллосфенктеротомией и холедохолитоэкстракцией.

ЭРПХГ выполнена у 11 пациентов, старше 6 лет, последующим этапом выполнена холецистэктомия у 14 случаев, а в одном случае – после холецистэктомии через 6 лет ребенок поступил повторно с множественным холедохолитиазом (камни внутри- и внепеченочных желчных протоков). У 4 детей до 6 лет выполнена МР-холангиография и в 3 случаях выявлены множественные камни желчного пузыря и холедоха и в одном случаехоледохолитиаз не был выявлен, выявленымножственные камни желчного пузыря и выполнена лапароскопическаяхолецистэктомия.

43 пациента поступили с камнями желчного пузыря, из них 12 случаяхвыполненалапароскопическаяхолецистэктомия. Из них в одном случае ребенок был 3 лет. Все дети до 10 лет с ЖКБ консультируется до операции гематологами.

Из оперированных лапароскопическим методом детей – у 9 больных пузырная артерия не клипирована,гемостаз достигнут биполяным коагулятором. В одном случае ребенок поступил с приступами болей, после УЗИ и МРТ холангиографии диагностирован полипоз желчного пузыря и выполнена ЛХЭК. У 2 больных имел место бескаменный деструктивный холецистит, имвыполненатрадиционная холецистэктомия.

Заключение. При холедохолитиазе у детей старше блетболее информативным является ЭРПХГ, которая, одновременно, является и лечебной манипуляцией. Призаболеваниях желчевыводящих путей особенно ЖКБ операцией выбора должна быть лапароскопическаяхолецистэктомия.

АНТЕГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Андреев А.В., Дурлештер В.М., Васильев А.И., Левешко А.И.,
Габриэль С.А., Токаренко Е.В.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с нерезектабельным опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной области, используя методики антеградного стентирования желчных протоков саморасширяющимися нитиноловыми стентами как окончательного способа восстановления внутреннего желчеотведения.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2016 годы в ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодара находились на лечении 173 пациента (79 (45,7%) мужчин и 94 (54,3%) женщины) с опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны, в возрасте от 42 до 86 лет, которым было выполнено стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами. Среди пациентов низкий уровень блока был отмечен у 62 (36%), средний уровень – у 41 (24%) и высокий у 70 (40%). Первый этап лечения был направлен на купирование механической желтухи – дренирование желчных протоков (наружное, наружно-внутреннее). Вторым этапом при нерезектабельности процесса и тяжелой сопутствующей патологии выполняли стентирующие операции. Двухэтапная методика использована у 168 пациентов, одномоментно стентирование было выполнено пятерым. Всем пациентам устанавливались нитиноловые саморасширяющиеся частично или полностью покрытые стенты «HANAROSTENT» производителя M.I. Tech (Корея), использовали диаметры 6, 8 и 10 мм, длиной от 40 до 80 мм.

Результаты. Всего было установлено 180 стентов 173 пациентам. В одном случае в течение первых послеоперационных суток (0,56%) отмечена миграция стента из зоны опухолевого блока в направлении двенадцатиперстной кишки, что потребовало его эндоскопического удаления с последующим рестентированием. У 5 пациентов было выполнено бифуркационное стентирование, с установкой двух протезов одномоментно из левого и правого долевых протоков. Еще у 3 пациентов было установлено по два стента одномоментно при протяженном билиарном блоке. Остальным 165 пациентам имплантировано по одному стенту. В раннем послеоперационном периоде у 9 (5,2%) пациентов развилась отечная форма острого панкреатита, купирована консервативно. Геморрагические осложнения в виде гемобилии и окклюзия сгустками стента отмечены у 4 (2,3%), диссеминация опухоли по направлению раневого канала отмечена у 3 (1,7%) пациентов.

Выводы. Внутреннее стентирование желчных протоков нитиноловыми саморасширяющимися стентами выполнимо в большинстве случаев (99,4%), существенно повышает качество жизни пациентов с нерезектабельными опухолями гепатопанкреатобилиарной области. Двухэтапная методика стентирования предусматривает возможность полного дообследования пациента на этапе купирования механической желтухи. Стентирование желчных протоков у пациентов с проксимальной локализацией уровня блока является одной из наиболее сложных процедур в разделе эндобилиарной интервенционной радиологии и требует дальнейшего развития.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Андреев А.В., Дурлештер В.М., Генрих С.Р., Шепелев А.А., Габриэль С.А.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми формами деструктивного панкреатита, используя методики чрескожной чресфистульной санации, видеоскопии и видеоскопической некрсеквестрэктомии как этап комплексной чрескожной технологии лечения пациентов с панкреонекрозом под контролем лучевых методов.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2016 годы в ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодара находились на лечении 340 пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза, которым выполнялись чрескожные миниинвазивные вмешательства под контролем лучевых методов. С 2011 года традиционный комплекс чрескожных технологий был дополнен чресфистульными видеоскопическими методиками диагностики и санации гнойно-некротических очагов. В отличие от трансперитонеального и люмбоскопического доступов, применяемых в лапароскопической хирургии, в данной технологии для доступа к патологическому очагу использовали сформировавшиеся раневые каналы (фистулы) после ранее установленных чрескожно дренажей под контролем лучевых методов. Преимуществом чрескожных доступов под эхографическим наведением являлись изначально безопасная траектория движения инструмента в тканях, селективность воздействия, оптимальное пространственное расположение для последующих чрескожных вмешательств. При этапных заменах дренажей через раневые каналы выполняли интраоперационную эхографию лапароскопическим датчиком и видеоскопическую некрсеквестрэктомию с помощью гибкого эндоскопа.

Результаты. За период с 2008 по 2010 гг. было пролечено 84 пациента с тяжелыми формами панкреонекроза, из них у 31 был локальный парапанкреатит, у 52 – распространенный парапанкреатит. Этой группе пациентов выполнялись миниинвазивные дренирующие вмешательства под контролем лучевых методов с последующей заменой дренажей на крупнокалиберные. У 15 пациентов лечение закончилось выполнением лапаротомии по причине предположения неадекватной санации гнойно-некротических очагов или возникшего аррозивного кровотечения. Летальных исходов было 30, что составило от 30 до 44%. С 2011 по 2016 гг. у 256 пролеченных пациентов с панкреонекрозом, тактика миниинвазивных вмешательств изменилась: активно применялась методика раннего крупнокалиберного дренирования зон некроза с последующей чресфистульной визуально контролируемой санацией. За указанный период было выполнено 74 чресфистульных видеоскопических некрсеквестрэктомий. Средняя продолжительность дренирования составила 55±11,2 суток. 12 пациентам потребовалась лапаротомия, из них 9 в связи с развившимся аррозивным кровотечением. Летальных исходов было 44, летальность составила от 8 до 25%.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства под контролем методов медицинской визуализации (ультразвуковой, рентгенологической, эндоскопической) при гнойно-некротических осложнениях острого панкреатита могут быть вариантом радикального лечения и альтернативой лапаротомии.

АНТЕГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Рахманов С.У., Лим В.Г., Арипова М.У.

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

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) является следствием нарушения оттока желчи связанная с механическим препятствием опухолевой или рубцовой природы, или причиной является не обтекаемый конкремент холедоха, лечение которой требует проведение незамедлительных мероприятий.

Прогрессирующий рост заболеваемости как с ЖКБ, так и опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), неудовлетворительные результаты лечения, большое количество осложнений после традиционных методов лечения заставляет искать новые пути в лечении больных с этой патологией

Основной тактикой лечения МЖ является декомпрессия желчных протоков. Метод хирургического пособия должен отличаться максимальной эффективностью и минимальной травматичностью, каковым являются чрескожно-чреспеченочные (ЧЧ) пункционные дренирующие вмешательства.

Несмотря на длительное изучение данной проблемы, продолжают оставаться актуальными такие вопросы как дифференциальная диагностика и выбор рациональной тактики лечения МЖ.

Материалы и методы. За период с декабря 2013 по март 2017 года в хирургическом отделении РКБ №1 МЗ РУз выполнено 61 пункционно дренирующих вмешательств на билиарном дереве, из них 14 больных с холедохолитиазом. Всем пациентам в силу тяжести состояния, высокой гипербилирубинемии, высокого риска осложнений, эндоскопические, трансдуоденальные вмешательства были противопоказаны.

Результаты. Вмешательства проводили под УЗ- и рентгентелевизионным контролем. Первым этапом выполняли ЧЧ пункции и дренирование протоков с целью декомпрессии и наружного дренирования. После снижения гипербилирубинемии и признаков холангита производилиь расширение канала, замена трубки на больший диаметр с последующей антеградным вмешательстом. В 4-х случаях конкремент располагался в терминальной части холедоха. Проводник был проведен в ДПК и по проводнику произведена баллонная дилятация терминального отдела и низведение конкремента в ДПК. В 9 случаях в виду не соответствия размера камня с максимально возможной дилятацией дистального отдела холеходоха при помощи корзинки Дормия производили дробление камня с последующим низведением фрагментов в ДПК. Лишь у 1 больного наблюдалось осложнение после ЧЧХС – обильная гемобилия, в результате травмы подлежащего протоку сосуда. Ангиографически была выявлена псевдоаневризма диаметром 9 мм, которая была эмболизирована с помощью металлических спиралей.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов отмечался болевой синдром различной степени выраженности, в основном как проявление phrenicus-симптома, и купировался, как правило, введением аналгетиков. Единичные случаи холангита с подъемом температуры, ознобом купировалось симптоматическим лечением. В раннем послеоперационном периоде в 2 случаях имело место дислокации и миграции дренажа, что потребовало повторного вмешательства.

Во всех случаях отмечалась положительная динамика в купировании картины механической желтухи, что проявлялось в снижении показателей гипербилирубинемии.

Заключение. Антеградные вмешательства при холедохолитиазе по эффективности, безопастности и малотравматичности могут служить достойной альтернативой эндоскопическим и хирургическим методам лечения.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Арипова Н.У., Арипова М.У., Назиров Ф.Н., Аллазаров У.А., Лим В.Г.

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

Актуальность. Острый холангит является наиболее тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. Несмотря на улучшение ранней диагностики и применения лечебных пособий, облегчающих отток желчи, летальность при данной патологии остается все еще высокой (10-60%)/

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 135 больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом: с осложнениями холедохолитиаза – 72; индуративный панкреатит с протяженным стенозом ТОХ – 9; с прорывом нагноившийся эхинококковой кисты печени в ЖВП – 21; с посттравматическими структурами ЖВП – 15; со злокачественными поражениями ворот печени – 18. Диагноз

заболевания устанавливался на основании анамнеза, клинической картины заболевания, результатов бактериологических и инструментальных методов обследования, а также интраоперационных исследований.

Всем больным на первом этапе выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства: 43 больным на первом этапе выполнено ЧЧХГ с ЧЧХС, а 112 больным – РПХГ с РЭПСТ и после улучшения состояния им вторым этапом по показаниям выполнены радикальные операции. Лишь больным 18 больным со злокачественными поражениями ворот печени чрескожные вмешательства явились основным методом лечения: 10 больным из 18 удалось выполнить наружно-внутреннее дренирование.

Выводы. 1. Данная категория больных должна подвергаться этапному хирургическому лечению, причём первый этап – декомпрессия ЖВП должна проводиться как можно раньше, с комплексом дезинтоксикационных противовосполительных мероприятий;

2. В качестве первого этапа лечения при прорыве эхинококковой кисты в ЖВП и при осложнениях холедохолитиаза необходимо выполнять РЭПСТ, а при невозможности выполнения – ЧЧХГ с ЧЧХС;

3. При высоких стриктурах, и в частности при злокачественных поражениях ворот печени, выбором метода лечения являются чрескожно-чреспеченочные эндобилиарные вмешательства;

4. Второй этап хирургического лечения – радикальное обеспечение пассажа желчи в кишечник (более физиологично в ДПК) необходимо проводить только после улучшения общего состояния больных и компенсации функции жизненно важных органов и систем

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Шерматов А.А., Лим В.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Механическая желтуха – самый яркий синдром и относится к наиболее тяжелым осложнениям заболеваний билиарной системы, при которой клинические проявления зависят от степени и продолжительности нарушений проходимости магистральных желчных путей. Причины вызывающие непроходимость желчных путей, являются как доброкачественные (75-80%), так и злокачественные (20-25%) заболевания. За последнее десятилетие в клинической практике достаточно широко стали использоваться методы чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, выполняемых под контролем рентгенотелевидения. Малая травматичность чреспеченочных вмешательств на желчных протоках, их высокая эффективность, как метода вспомогательной терапии, доказанные в большом количестве опубликованных за последнее время работ, позволили им приобрести статус общепризнанного способа лечения.

Цель исследования: определить возможность эндобилиарных вмешательств в комплексном лечении больных с механической желтухой.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2016 гг. обследованы и пролечены 24 пациента с синдромом механической желтухи. Возраст пациентов – от 28 до 75 лет, средний возраст – 51 лет. Большинство составили больные с опухолью головки поджелудочной железы – 13 (54,2%) и с опухолью Клацкина – 4 (16,7%); опухоль дуоденального сосочка – 4 (16,7%), гепатоцеллюлярный рак – 3 (12,4%).

Результаты. В срочном порядке с целью декомпрессии билиарного тракта пациентам было выполнено чрескожное – чреспеченочное дренирование желчных протоков. Большинству пациентов 15 (62,5%) наружно-внутреннее дренирование выполнено одномоментно, в два этапа –2(8,3%) пациентам, 1 (4,15%) выполняли только наружное дренирование. Двухэтапное проведение наружно-внутреннего дренирования было обусловлено высокой степенью гипербилирубинемии (более 120 мкмоль/л), наличием гнойного холангита и выраженной дилатацией внутрипеченочных протоков, что затрудняло прохождение окклюзированного сегмента и приводило бы к повышению травматичности вмешательства. 4 (16,7%) пациентам с опухолью Клацкина выполнялось двухстороннее дренирование. После разрешения механической желтухи проводится дообследование пациентов, УЗИ и КТ с болюсным усилением органов брюшной полости. Для гистологической верификации в ряде случаев выполняется пункционно – аспирационная биопсия под кон-

тролем УЗИ (опухоль головки поджелудочной железы, первичный рак печени). При отсутствии противопоказаний выполняли полостное оперативное вмешательство. Открытые хирургические вмешательства были выполнены 2(8,3%) пациентам, из них панкреатогастродуоденальная резекция 1 (4,2%). Эндобилиарное стентирование было выполнено 13 (30,9%) пациенту, из них «Y»-образное стентирование было использовано в 3 (23,01%) случаях. Оно выполнялось с использованием непокрытых нитиноловых саморасширяющихся стентов.

Летальность наблюдалась в раннем послеоперационном периоде (3-7 сутки) в 2 случаях – после выполнения ЧЧХС – 1 (4,2%) и стентирования желчных протоков – 1 (4,2%). Причиной смерти явилось тяжелая печеночно-почечная недостаточность.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое вмешательство, позволяет снизить риск и количество осложнений у больных с механической желтухой. Больным не имеющих явных противопоказаний к операции, следует подвергать лапаротомии, и при невозможности стремиться выполнить паллиативную операцию с формированием билиодигестивного анастомоза.

Заключение. Комплексный подход к диагностике и лечению с применением дополнительных методов диагностики, расширение возможностей миниинвазивных эндобилиарных и лапароскопических методов лечения больных, будут способствовать снижению показателей осложнений и летальности.

ОПЫТ МИНИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Баймаханов А.Н., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Сарманов Н.Е.,
Дуйсебеков М.К., Байжанов А.С.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан
Центр современной медицины «MEDITERRA», Алматы, Казахстан

Актуальность. Миниинвазивное лечение синдрома механической желтухи (МЖ) различной этиологии остается актуальной проблемой современной хирургии. Это обусловлено ростом встречаемости опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны, являющиеся наиболее частыми причинами МЖ.

Одной из главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у этих пациентов является своевременная декомпрессия билиарной системы. Такая лечебная тактика позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности.

Цель исследования: лучшить результаты лечения больных с МЖ, путем выбора миниинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положен опыт лечения 22 больных с МЖ различной этиологии, пролеченных в период с июнь 2016 по апрель 2017 гг., в департаменте ГПБХиГЭ Центра современной медицины «MEDITERRA», на базе кафедры хирургии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Среди пролеченных пациентов, мужчин было 14 (63,6%), женщин – 8 (36,4%), возраст больных колебался от 26 до 79 лет (средний возраст 52,5 года); более 60% больных составили лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет).

По этиологии пациентов с МЖ распределили следующим образом; опухоль головки поджелудочной железы – 7 (31,9%); опухоль терминального отдела холедоха – 2 (9,0%); опухоль желчного пузыря – 1 (4,5%); опухоль внепеченочных желчных протоков – 1 (4,5%); опухоль большого дуоденального сосочка – 2 (9,0%); центральная локализация опухоли печени со сдавлением желчных протоков – 3 (13,7%); рубцовая стриктура гепатикохоледоха – 3 (13,7%); стриктура терминального отдела холедоха, холедохолитиаз 3 (13,7%).

Исследуемым 22 пациентам всего было выполнено 28 миниинвазивных вмешательств. Чрескожно-чреспеченочная холангиостомия была выполнена в 13 случаях, из них в 3 случаях выполнено наружно-внутреннее дренирование и в 1 случае антеградное стентирование холедоха саморасширяющимся нитиноловым билиарным стентом. Эндобилиарное ретроградное стентирование было выполнено в 15 случаях, из них в 6

случаях первым этапом установлены временные пластиковые стенты, которые в последующем были заменены на постоянные самораспрaвляющие нитиноловые стенты с покрытием (в одном случае использована методика “Rendezvous”).

Результаты. Во всех (100%) случаев был достигнут непосредственный технический и клинический успех при выполнении миниинвазивных вмешательств.

При выполнении чрескожных чреспеченочных вмешательств, в 2 (9,0%) случаях наблюдались осложнения в виде дислокации дренажа, которые были устранены повторной установкой. При выполнении эндобилиарных стентирований, осложненний не наблюдалось. Летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде не было.

Для 15 (68,2%) пациентов, выполненная миниинвазивная процедура явилась окончательным вариантом операции, в виду их обращения в поздней стадии заболевания. В 7 (31,8%) случаях, после стабилизации состояния и разрешения признаков МЖ и явлений ПН, вторым этапом были выполнены радикальные операции, в зависимости от этиологии: гастропанкреатодуоденальная резекция – 1; гепатикоеюностомия на сформированной по Roux петле тощей кишки – 3; холедохолитотомия с ТДПСП – 3.

Заключение. В связи с реальной угрозой развития холангита, сепсиса и прогрессирования ПН, механическая желтуха должна быть разрешена как можно быстрее. Выполнение миниинвазивных вмешательств одновременно имеет и диагностическую, и лечебную ценность, позволяя безотлагательно оказать помощь пациенту, вне зависимости от этиологии МЖ, что способствует улучшению общего результата лечения. Выбор способа декомпрессии желчных путей зависит от клинической ситуации и характера распространения патологического процесса, а также опыта специалистов и технической оснащенности стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ТАКТИКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Баймаханов Ж.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Серикулы Е., Скакбаев А.С., Нурланбаев Е.К.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: оценка эффективности применения малоинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей у больных с механической желтухой опухолевой этиологии.

Материалы и методы. В отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова», в период с 2010 по 2016 гг. пролечено 168 больных с механической желтухой опухолевого генеза, мужчин было 70 (41,7%), женщин – 98 (58,3%); возраст больных варьировал от 34 до 81 лет, более 60% больных составили лица старше 60 лет.

По этиологии механической желтухи распределились следующим образом, у 96 (57,5%) – опухоль головки поджелудочной железы, у 21 (12,4%) – опухоль внутрипеченочных желчных протоков, 47 (27,9%) – опухоль большого дуоденального сосочка и 3 (1,7%) пациента с центральной локализацией опухолями печени со сдавлением желчных протоков.

Способ декомпрессии подбирали индивидуально, в зависимости от уровня обструкции желчных путей и характера их поражения. В зависимости от уровня обструкции при высоких блоках предпочтение отдавалось чрескожно-чреспеченочному наружно – внутреннему дренированию, при уровне обструкции в дистальном отделе в основном было выполнено ЭРХПГ.

После верификации диагноза, учитывая уровень блока, больным было выполнено эндобилиарных стентирований – 97, чрескожно-чреспеченочных наружно-внутренних дренирований – 68 и антеградное стентирование холедоха саморасширяющимся металлическим эндопротезом в 3 случаях (методика рандеву).

Результаты. Непосредственный технический успех при выполнении малоинвазивных методов коррекции механической желтухи был достигнут в 89% случаев.

Осложнения при выполнении ЭРХПГ наблюдались в 22 (22,4%) случаях: дислокация стента – 7 (7,8%); острый панкреатит – 5 (5,1%); кровотечение – 6 (6,1%); закупорка стента 5 (5,1%) Данные процедуры предпочтительно использовались при планировании в дальнейшем радикального хирургического лечения, в 28 случаях как окончательный вариант паллиативного лечения.

Осложнения при выполнении ЧЧХС наблюдали в 8 (11,7%) случаях: дислокация стента – 6 (8,8%); кровотечение – 3 (4,4%); печеночно-почечная недостаточность развилась у 1 (1,4%) больного. В 12 случаях данная процедура использовалась как окончательный вариант паллиативного лечения.

В 4 случаях в раннем послеоперационном периоде был летальный исход. Причинами летального исхода были прогрессирующая печеночная недостаточность, холангит, сепсис.

Выводы. Результаты лечения механической желтухи могут быть улучшены за счет применения различных малоинвазивных методов, основная цель которых – не только диагностика, но и лечение, проводимое одновременно.

При опухолях желчного пузыря или внепеченочных желчных протоков методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружно – внутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгентелевидения.

Эндоскопические способы показаны при патологии головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка.

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПОТОКОВ – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Балалыкин А.С., Курдо С.А., Барбадо Мамедова П.А., Гвоздик В.В.,
Шпак Е.Г., Рыжкова М.М., Архипкин А.К.

ГБУЗ МО Наро-Фоминская районная больница №1, Наро Фоминск, Россия
Центральная городская клиническая больница г. Реутов, Россия

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЛ), сопровождаемый механической желтухой и холангитом – проблема хирургии, определяет сложность и неадекватность операций. Зачастую, методом выбора является наружное дренирование желчных протоков (НДЖП). Традиционной холедохолитотомии (ХЛТ) подвергаются до 20% пациентов. Предложены разные методы НДЖП, модификации дренажей, лишить метод недостатков не удалось, их коррекция – удел эндоскопистов.

Цель исследования: анализ негативных сторон НДЖП и место чреспапиллярных операций (ЧПО) в решении этой проблемы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 2012 больных с ЖКБ для изучения частоты и вида НДЖП и 37 больных с НДЖП для изучения проблем НДЖП. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена 1659 (89.5%), завершена 8 (2.5%) НДЖП (6 через культю пузырного протока (КПП) и 2 Т-образным); традиционная холецистэктомия 195 (10.5%) больным с 27 (13.9%) НДЖП (12 КПП и 15 Т-образным). Оперировано 57 больных с холедохолитиазом (ХЛ), 17 (29.8%) традиционных холецистэктомий с 3 Т-образными дренажами и 40 (70.2%) ЧПО.

Результаты. Итак, в эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2.5% против 13.9%) чем в традиционной, чаще используется дренирование КПП.

Проблемы НДЖП: Недостаточная обоснованность проведения НДЖП; Ошибки названия, выбора, обработки дренажей; Методические и технические ошибки; Нарушение принципов послеоперационного ведения; Осложнения НДЖП и их лечение. Наблюдали 37 больных с НДЖП, у 35 отмечено 52 неудач, ошибок и осложнений, что позволило выделить проблемы и их решения.

Недостаточная обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: недостатки диагностики; субъективизм хирурга, недостаток опыта, малую информативность пред- и интраоперационного обследования; неадекватную санацию желчных протоков.

Ошибки названия, выбора и обработки дренажей: недостаточность знаний проблемы; плохое качество, неадекватные параметры трубок; неправильная обработка дренажей.

Из 23 Т-образных дренажей, названных “Kehr” 39% были таковыми, остальные – “Deaver”. Дренажи Вишневского – 5.4% из 37 после ХЛТ следовало называть дренажами Lane (не используется принцип «сифон-манометр»). Дренажом Пиковского называют дренаж Halsted.

Ошибки проведения операции НДЖП: ошибки выбора места установки дренажа; Неправильное размещение дренажной трубки в гепатикохоледохе (5.4%); Использование нерассасывающихся нитей для фиксации (2.7%); дефекты фиксирования дренажа; пренебрежение дренированием брюшной полости.

Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное обильное желчеистечение (7-19%); Пассивное ведение послеоперационного периода; неправильное расположение желчеприемника; Преждевременное и позднее удаление дренажа; Удаление дренажа без контрольной холангиографии.

Осложнения НДЖП у 37 больных: Перегибы дренажей(5.4%); Неправильное положение бранш, нарушение проходимости желчных путей (5.4%); Деформация гепатикохоледоха (2.7%); Дислокация дренажа (2.7%); Подтекание желчи в брюшную полость (11.1%); Обильное длительное желчеистечение (18.9%); Повреждение гепатикохоледоха при извлечении дренажа (5.4%); Желчный перитонит, абсцессы (5.4%); Холангит (13.5%); Желчный свищ (2.7%); Стриктуры гепатикохоледоха (11.1%).

Неудачи НДЖП Т-образным дренажом у 20 из 23 больных: у 4 желчеотделение в брюшную полость, у 2 повреждение гепатикохоледоха и др.; при НДЖП через КПП – подтекание желчи у 2 и др. Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5, лапароскопия у 1 и эндоскопия у 31 больного.

Заключение. Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной информационной и технической подготовленностью хирургов, игнорированием современных методов интраоперационного обследования, плохой оснащенностью, ограниченным применением лапароскопии и ЧПО при сочетанных поражениях.

ЩАДЯЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бужор П.В., Бужор С.П., Морару В.А., Павлюк Г.В.

Молдавский государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану», Кишинёв, Молдова

При лечении опухолей панкреато-билиарной зоны применяются как радикальные, так и паллиативные операции. Однако, паллиативные операции имеют целый ряд преимуществ у больных пожилого и старческого возраста и с выраженной механической желтухой, они дают меньшую послеоперационную летальность, продолжительность жизни нередко близка к таковой после радикальных вмешательств.

Цель исслдеования: проанализировать опыт щадящих операций, усовершенствованных в клинике у больных с высокой степенью операционного риска.

Материалы и методы. Щадящие операции выполнены у 192 пациентов, в том числе: разгрузочная холецистостомия выполнена у 59 (30,7%), минилапаротомия с холецистоэнтероанастомией и энтеростомии по Брауну – у 133 (69,3%).

Всем больным до операции выполнялось ультразвуковое исследование, эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние Фатерова сосочка, наличие жёлчи, компьютерная томография в ангиографическом режиме, при необходимости лапароскопия и другие.

Результаты. У 59 больных в крайне тяжёлом состоянии, обусловленном печёночной недостаточностью и интенсивной механической желтухой, как первый этап накладывали разгрузочную холецистостому под местной анестезией и с внутривенным потенцированием. После восстановления функции печени и улучшения общего состояния больных, уменьшение билирубина, выполняли второй этап операции наложением билиодигестивного анастомоза с межпетлевым анастомозом по Брауну.

К анастомозу подводили дренажную трубку, которую выводили через отдельный прокол передней брюшной стенки. Послеоперационную рану зашивали. После операции умерло 2 (1,04%) больных.

Выводы. Представленный опыт применения щадящих операций даёт нам основание рекомендовать их как операцию выбора при неоперабельных радикально опухолях поджелудочной железы у лиц пожилого и старческого возраста, а также у лиц с высокой степенью операционного риска, снижая послеоперационную летальность.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРТОТОПИЧЕСКУЮ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ.

Быков М.И., Щава В.В., Гобаева С.Л.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия

Диагностика и лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей остается одной из актуальных проблем хирургической гепатологии у больных, перенесших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП). По данным литературы частота билиарных осложнений после ОТП колеблется в пределах 10–35%, а летальность в связи с их развитием – 2,0-9,6%. Современная концепция лечения билиарных осложнений сводится к предпочтению применения мининвазивных методов, однако сохраняется много нерешенных вопросов в таком направлении как эндобилиарное протезирование.

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты эндоскопического лечения билиарных осложнений у больных, перенесших ортотопическую трансплантацию печени.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2017 гг. на базе ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 им. С.В. Очаповского» было выполнено 135 ОТП у 132 пациентов. Ретроспективному анализу подверглись результаты 130 трансплантаций. В качестве метода билиарной реконструкции в подавляющем большинстве наблюдений применялся билиобилиарный анастомоз (ББА) по типу «конец в конец», использовался наружный обвивной шов, характерный для наложения классического сосудистого анастомоза. Различные варианты билиарных осложнений после ОТП были выявлены у 25 (19,2%) пациентов. Несостоятельность ББА с формированием билом брюшной полости возникла в 8 (6,2%) клинических случаях, при этом в 6 (4,6%) наблюдениях диагностировались и ранние стриктуры анастомоза. Изолированные стриктуры ББА имели место у 16 (12,3%) больных.

Результаты. В 7 (87,5%) клинических наблюдениях при несостоятельности ББА такие транспапиллярные вмешательства, как назобилиарное дренирование или стентирование желчных протоков, были успешны, что при необходимости с мининвазивным дренированием брюшной полости являлось окончательным методом коррекции данного осложнения. В 16 (72,7%) из 22 случаев первичная эндоскопическая декомпрессия при стенозах ББА была успешной, при этом пластиковые стенты устанавливали у 13 больных, а в 3 наблюдениях имплантировались нитиноловые саморасширяющиеся эндопротезы. Основным условием возможности проведения эндоскопического лечения билиарных стриктур анастомозов являлось длительное стояние эндопротезов (от 9 до 18 месяцев) с регулярной этапной их заменой, увеличением количества одномоментной имплантации стентов с целью создания каркаса в плане профилактики рестеноза. Анализ отдаленных результатов эндоскопического лечения стриктур ББА показал, что эффективным его следует признать в 14 (87,5%) наблюдениях, так как в этих случаях удалось добиться полной регрессии явлений холестаза, холангита, а также внутрипеченочной билиарной гипертензии.

Еще в одном клиническом наблюдении через три года после ОТП у больного был выявлен холедохолитиаз без формирования рентгенологически значимых стриктур, что послужило показанием к успешно проведенному эндоскопическому лечению.

Заключение. Билиарные осложнения являются актуальной проблемой в посттрансплантационном периоде у больных после перенесенной ОТП, при этом их лечение невозможно без мультидисциплинарного подхода. Несмотря на то, что транспапиллярные вмешательства широко зарекомендовали себя с положительной стороны в плане коррекции основных билиарных осложнений, в раннем послеоперационном периоде их эффективность по нашим данным составила 76%, а при анализе отдаленных результатов

эндоскопического лечения стенозов ББА – 68%. Учитывая, что билиарные осложнения могут служить неблагоприятным фоном для развития патологического процесса в трансплантанте, неудовлетворительные результаты малоинвазивных методов лечения могут требовать необходимости выполнения открытых реконструктивных вмешательств.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО РЕТРОГРАДНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Быков М.И., Щава В.В., Гобаева С.Л.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия

В настоящее время эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков (ЖВП) считаются одним из обязательных звеньев лечения больных с обструкцией желчных путей злокачественного генеза. Несмотря на то, что по своей сути ретроградное внутреннее дренирующее вмешательство является наиболее физиологичным и легко переносимым пациентами по сравнению с наружным желчеотведением или хирургическим паллиативным лечением, одним из основных недостатков эндоскопического стентирования ЖВП является высокая частота развития поздних осложнений, таких как регулярные рецидивы механической желтухи и холангита, возникающие при обтурации стента.

Цель исследования: проанализировать сроки функционирования различных моделей билиарных эндопротезов установленных по поводу злокачественной обструкции ЖВП.

Материалы и методы. Анализируемую группу составили 307 больных, у которых удалось проследить отдаленные результаты ретроградного эндоскопического протезирования ЖВП, как окончательного паллиативного метода билиарной декомпрессии, при неоперабельных периампулярных опухолях панкреатобилиарной зоны (ПБЗ).

Полимерные стенты были установлены в 239 наблюдениях, нитиноловые саморасширяющиеся эндопротезы в 68 случаях. Динамическое наблюдение за пациентами, которым были установлены полимерные билиарные стенты (n=239), показало, что окклюзия эндопротеза и рецидив механической желтухи послужили показанием к повторной госпитализации у 164 (68,6%) пациентов. Плановую замену пластиковых стентов проводили 36 (15,1%) больным. Остальные 39 (16,3%) человек, находящиеся под наблюдением после установки полимерных стентов в сроках от 1 до 9 месяцев, не предъявляют жалоб, связанных с рецидивом механической желтухи или холангита. В проведенном исследовании срок функционирования полимерных эндопротезов при первичной их имплантации у 200 больных составил от 1,5 до 15 месяцев. Анализ сроков функционирования полимерных эндопротезов выявил, что значение статистической медианы соответствовало 162,5 суткам. При повторном эндобилиарном стентировании сроки функционирования полимерных эндопротезов статистически значимо снижались (значение медианы – 79,0 суток).

В группе больных (n=68) с установленными нитиноловыми саморасширяющимеся стентами окклюзия стента или его миграция с развитием рецидива механической желтухи послужили показанием к госпитализации у 8 пациентов. Во всех случаях удалось повторно выполнить эндоскопическую декомпрессию за счет рестентирования или протезирования по типу «стент в стент». В итоге, срок работы нитиноловых эндопротезов без окклюзии и рецидива механической желтухи в нашем исследовании составил от 3 до 22 месяцев. Применив статистический анализ выживаемости в этой подгруппе, выявили, что значение медианы соответствовало 376 суткам, что имело достоверное различие ($p<0,05$) в сравнении с длительностью функционирования полимерных стентов. Такой значимый показатель продолжительности жизни у больных, которым имплантировались саморасширяющиеся стенты, объяснялся также их применением преимущественно у больных с высокой ожидаемой продолжительностью жизни.

Заключение. Основным недостатком эндопротезирования ЖВП в плане окончательного паллиативного лечения инкурабельной патологии ПБЗ является обтурация стентов в отдаленном послеоперационном периоде с развитием рецидива механической желтухи и холангита. Пациенты с установленными

билиарными стентами нуждаются в активном наблюдении с целью своевременного выявления нарушений желчеоттока, выполнения санации и рестентирования ЖВП.

В дальнейшем при выполнении паллиативного эндобилиарного стентирования ЖВП перспективным может стать необходимость проведения комплексной коррекции метаболических нарушений в желчи, направленной на снижение ее литогенности, что в свою очередь будет определять алгоритм выбора модели эндопротеза и риска его ранней обструкции.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУЖНЫМИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ваганов А.А., Семенов Д.Ю., Ребров А.А., Васильев В.В., Мельников В.В., Гуня З.А., Полиглоттов О.В., Барышникова В.В.

НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Наружные панкреатические свищи являются довольно частым послеоперационным осложнением у больных с панкреатическими кистами, в лечении которых применяли чрескожные дренирующие операции. Литературный анализ показывает различные пределы процентного варьирования развития свищей, которые составляют от 5% до 45%. В большинстве случаев наружные панкреатические свищи не поддаются консервативному лечению, а большие дозы соматостатиноподбных препаратов лишь приводят к рецидивам свищей после нормализации экзокринной функции поджелудочной железы. В связи с чем, по мнению ряда авторов, применение чрескожных дренирующих операций при панкреатических кистах возможно лишь как первый этап лечения, и полностью его исключают как основной.

Цель исслдеования: оптимизировать тактику лечения с целью минимизации возможного риска развития наружных панкреатических свищей в послеоперационном периоде у пациентов с хроническими панкреатическими кистами.

Материалы и методы. В период с 1994 по 2015 гг. в клинике общей хирургии ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова в лечении 176 пациентов с панкреатическими кистами были использованы чрескожные пункционно-дренирующие операции. В ходе предоперационного обследования всем пациентам проводили УЗИ, МСКТ (с 2000 г.), МРТ, МРХПГ (с 2007 г.), ЭУС (с 2014 г.) с оценкой полостей псевдокистозных образований, синтопию кист, степени изменений ГПП. Показанием к проведению чрескожных операций являлись длительное отсутствие регресса полости псевдокисты, ее диаметр, наличие инфицирования содержимого, компримирование близлежащих структур. 105 (59.6%) пациентам с хроническими псевдокистами поджелудочной железы со сформированной фиброзной капсулой выполнено первичное чрескожное дренирование псевдокист под УЗ-наведением. В ходе изучения проблемы, оптимизации методов лечения с 2007г. в послеоперационном периоде пациентам выполнялось ФГДС с целью оценки трансгастрального, трансдуоденального прохождения дренажной системы. После выполнения дренирования у 36 (20,4%) пациентов в течение месяца сохранялся наружный панкреатический свищ. Послеоперационный контроль осуществлялся неинвазивными инструментальными методами: УЗИ, рентгенотелевизионное исследование.

Результаты. В послеоперационном периоде у 36 пациентов сохранялся наружный панкреатический свищ. При контрольном УЗИ, цистографии в послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдалась панкреатическая гипертензия. С целью улучшения оттока панкреатического секрета, разобщения ГПП, гепатикохоледоха всем 36 пациентам выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 12 (33,3%) пациентов панкреатические свищи закрылись. 9 (25%) пациентам с трансмуральным прохождением дренажной системы ЭПСТ было дополнено эндоскопическим формированием анастомоза на «потерянном дренаже». 15 (41.7%) пациентам было выполнено временное декомпрессионное транспапиллярное стентирование ГПП, из которых 5 больным выполнено эндоскопическое ретроградное стентирование. 10 пациентам стентирование ГПП произведено антеградным методом транскутанно. Летальных исходов не

наблюдалось. У всех пациентов произошли закрытия свищей. При динамическом обследовании в сроки 24-38 месяцев (в основном в объеме МРТ, МРХПГ) рецидива кистообразования, панкреатической гипертензии не наблюдалось.

Заключение. Отмечена стойкая зависимость возникновения наружных панкреатических свищей после проведенного чрескожного дренирования постнекротических кист и степени изменений главного панкреатического протока с формированием панкреатической гипертензии. В связи с чем, при необходимости дополненное методами ликвидации панкреатической гипертензии, чрескожное дренирование дает хороший результат, что позволяет говорить о высокой его эффективности в лечении данной категории больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Ворончихин В.В., Тишанский В.С., Катайкин А.Н., Олигер А.А.,
Байханов Ж.С., Васюков А.А.

АУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Цель исследования: оценить результаты метода эндоваскулярной эмболизации в лечении пациентов с гемангиомой печени в зависимости от клиники, размеров, тенденции к росту и локализации новообразования.

Материалы и методы. Одним из вариантов минимально инвазивного лечения, способствующих прекращению роста гемангиом печени, является суперселективная эмболизация сосудов, питающих новообразование. В пер иод с 2014 по 2017 гг. на базе хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» находился 31 больной с диагнозом гемангиома печени с устойчивой тенденцией к росту. Возраст пациентов варьировал в пределах от 35 до 62 лет, из них было 8 (25,8%) мужчин и 23 (74,2%) женщин. Пациенты с размером гемангиомы менее 5 см в диаметре в исследование не включались. Диагноз гемангиома печени у всех пациентов был подтвержден УЗИ и КТ с контрастированием. Клиническими проявлениями болезни были болевой синдром, ощущения дискомфорта в верхних отделах живота. 5 больных (16,1%) жалоб не предъявляли. Новообразования были расположены в правой доле печени у 25 (81,2%) пациентов, в левой доле – у 6 (18,8%). Новообразования в своде печени (7,8 сегменты) составили 86,5% (27). Солитарные новообразования имелись у 27 (87,1%), множественные – у 4 (12,9%) больных. В 30 (96,8%) случаях гемангиомы были кавернозными, в 1 (3,2%) капиллярными. Показаниями для эндоваскулярной эмболизации были: размер гемангиомы более 5 см в диаметре, болевой синдром, устойчивая тенденция к росту гемангиомы, локализация (свод печени – 7,8 сегменты). Выполнена 31 эндоваскулярная эмболизация гемангиом печени. Оперативное вмешательство проводилось в условиях рентгенэндоваскулярной операционной под внутривенным наркозом.

Результаты. Операцию пациенты переносили удовлетворительно. Послеоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, превентивную антибактериальную терапию, гепатопротекторы, анальгетики. В первые 3 суток после эмболизации гемангиомы у больных отмечались боли в верхних отделах живота, субфебрильная температура. На 3-5 сутки болевой синдром и дискомфорт в правом подреберье исчезали. При функциональном исследовании печени в первые сутки после эмболизации отмечалось повышение уровня АЛТ в 2 раза относительно исходных значений. На 5-е сутки на фоне лечения эти показатели нормализовались. Никаких других изменений клинического статуса пациентов и лабораторных показателей отмечено не было. Пациенты были выписаны на 5-й день после операции. Эффективность метода оценивали через 3 месяца (УЗИ) и 6 месяцев (КТ) после эндоваскулярной эмболизации гемангиомы. Ближайшие и отдаленные сроки наблюдения составили от 3 до 45 месяцев. Уменьшение размеров гемангиом отмечено в 19 (61,3%) случаях, отсутствие изменений в 7 (22,6%). Реваскуляризация гемангиомы выявлена в 5 (16,1%) случаях. В связи с этим, возникала необходимость в повторной суперселективной эндоваскулярной эмболизации.

Выводы. Учитывая доброкачественную природу гемангиом печени, эндоваскулярная эмболизация, являясь минимально инвазивным, органосохраняющим методом, может быть эффективной альтернативой открытым методам хирургического лечения. Она позволяет добиться уменьшения размеров гемангиомы за счет снижения артериального притока и как следствие, редукции клинических проявлений заболевания. При ее не эффективности, возможна повторная суперселективная эндоваскулярная эмболизация.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫМ МЕТОДОМ

Гарелик П.В., Довнар И.С., Козак Е.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Одним из типичных осложнений перенесенного деструктивного панкреатита является формирование кист поджелудочной железы. В отличие от злокачественных опухолей при их лечении не требуется радикальное удаления всех стенок с окружающими контактными органами. Основная задача – ликвидация полости кисты, что целесообразнее сделать путем применения малотравматичных пункционно-дренажных методов под местной анестезией. Это обстоятельство позволяет оперировать больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте.

Своевременное дренирование кисты поджелудочной железы значительно минимизирует такие осложнения, как кровотечение, перфорация и нагноение. При отсутствии признаков осложнения кисты главным критерием определения показаний к операции мы рассматриваем размеры (более 5 см) и локализацию кисты (возможность безопасной пункции или дренирования). Важным элементом предоперационного обследования является поиск наиболее короткого доступа к кисте.

В период с 2010 по 2016 гг. в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» на базе кафедры общей хирургии пункционно-дренажный метод был применен у 72 больных с кистами поджелудочной железы. Санационно-диагностическая пункция выполнена у 33, пункция в сочетании с дренированием – у 39 пациентов. Данная операция производилась через желудочно-ободочную связку у 70, через левую долю печени – у 1 больного и через две стенки желудка у 1 пациента. Несмотря на то, что в обоих случаях послеоперационный период протекал без перитонита или формирования наружного свища, тем не менее, мы считаем данную операцию более опасной и стараемся по возможности не применять данный способ дренирования.

Среднее количество содержимого в полости составило 303,4±56,8 мл.

В послеоперационном периоде проводили аспирацию содержимого кисты с фракционным промыванием полости. Эффективность лечения оценивали на основании уменьшения размеров полости кисты и оценкой количества и качества отделяемого из кисты содержимого.

В среднем срок лечения больных подвергшихся оперативному лечению составил 27 дней, консервативно лечившихся больных – 14 дней. При повторном УЗ исследовании через 10-13 дней кисты поджелудочной железы после оперативного лечения у 55 (76,4%) больных не обнаруживались, у 17 (24,6%) пациентов кисты выявлялись, но размеры кист были значительно меньше – в 2-3 раза. Средняя длительность лечения пациентов при использовании пукционно-дренажного метода под контролем УЗИ составила 22 дня.

Выводы. Малотравматичные пункционно-дренирующие операции, выполняемые под местной анестезией, позволяют в кратчайшие сроки и без серьезной травматизации окружающих тканей дренировать полости, устраняя интоксикацию организма и болевой синдром, однако данное лечение нельзя рассматривать как патогенетическое. Для безопасности и эффективности хирургического лечения больных с кистами поджелудочной железы необходимо иметь хорошую ультразвуковую аппаратуру, специальное оснащение для пункционно-дренируюших операций и подготовленных квалифицированных специалистов.

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Гостищев В.К., Горбачева И.В., Воротынцев А.С., Шалыгин А.Б.

ФГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ ДЗМ «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского» Москва Россия

Актуальность. Острый деструктивный холецистит, гнойный холангит, деструктивный панкреатит – тяжелые острые заболевания гепатобилиарной зоны до сих пор сохраняющие высокую летальность во всех возрастных категориях. У стариков, отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями, острые заболевания гептобилиарной зоны представляют наиболее сложную проблему диагностики и лечения и носят, как правило, сочетанный характер. Результаты лечения во многом зависят от своевременной, наименее травматичной и адекватной ликвидации воспалительного процесса, дезинтоксикационной и этиотропной терапии.

Цель исследования: разработать оптимальную тактику ведения больных пожилого и старческого возраста с острыми заболеваниями гепатобилиарной зоны и определить место миниинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 615 больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом, гнойным холангитом и деструктивным панкреатитом из 5063 поступивших на лечение в ГКБ им. И.В. Давыдовского в период с 2007 по 2017 гг.. Пациентам с признаками острых заболеваний гепатобилиарной зоны в течение суток выполняли УЗИ брюшной полости, дуоденоскопию, ЭРПХГ КТ или МРТ органов брюшной полости. Тяжесть и прогноз заболевания определяли по прогностической шкале APACHE III, SAPS II. Сопутствующая патология, выявлена у 85-100% больных Определяющим в выборе тактики лечения и характера хирургического вмешательства являлся тяжесть состояния, объем деструкции органа (прежде всего поджелудочной железы) и объем поражения окружающих тканей на основании совокупных данных УЗИ и КТ брюшной полости в сочетании с тяжестью состояния. В подавляющем большинстве случаев предпочтение отдавалось миниинвазивным вмешательствам. Варианты лечения: пункция под контролем УЗИ, ЧЧХГ, паппилотомия и назобилиарное дренирование, лечебно-диагностическая лапароскопия.

Результаты. С целью санации желчного пузыря выполняли холецистостомию или пункцию желчного пузыря под ультразвуковым контролем в 100% случаев. Выполнение пункции желчного пузыря возможно при развитии острого холецистита, при сочетании холецистита с явлениями панкреатита или холангита необходимо выполнение дренирующих вмешательств и этапных санаций. Показанием к одномоментному хирургическому лечению был деструктивный холецистит, перитонит у 11% больных. Больные с холецистопанкреатитом нуждаются в инвазивных вмешательствах в первые 6 часов для санации желчного пузыря, предотвращения инфицирования тканей поджелудочной железы и ликвидаци гипертензии в протоковой системе печени и поджелудочной железы. Миниинвазивные методы дренирования при деструкции до 30% ткани поджелудочной железы позволили снизить проявления эндогенной интоксикации и являлись завер¬шающим способом хирургического лечения. При объеме деструкции от 30 до 60% применение малоинвазивных методов дренирования явились недостаточными, а при объеме поражения свыше 60% позволили отсрочить открытые вмешательства Учитывая преобладание пациентов с тяжелым эндотоксикозом (75,63%) (более 35 баллов по SAPS II), разработана этапная эндо-хирургическая лечебная тактика. При этапной тактике эндоскопические и миниинвазивные операции оказались эффективны в 95%. В срочном (28,1%) или отсроченном (67%) порядке производилась лапароскопическая или минилапаротомная холецистэктомия, в том числе с ревизией желчных протоков в сроки 7-14 суток. При сопоставлении результатов лечения и количества баллов установлено, что при 30,7±11,8 баллах возможна одномоментная хирургическая тактика, при 37,2+8 – показана этапная тактика, при 43,1±7,7 – должны выполняться только дренирующие операции.

Выводы. Миниинвазивные методы дренирования позволяют отсрочить вмешательства при острых заболеваниях гепатобилиарной зоны. Применение этапной тактики позволило снизить риск послеоперационной летальности.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ОПУХОЛИ КЛАТСКИНА

Гранов Д.А., Полысалов В.Н., Гапбаров А.Ч., Полехин А.С.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить результаты комбинированного паллиативного лечения нерезектабельной опухоли Клатскина с использованием внутрипротоковой фотодинамической терапии (ФДТ) и внутриартериальной регионарной химиотерапии (РХТ).

Материалы и методы. В РНЦРХТ с сентября 2013 г по март 2017 г пролечен 21 пациент с опухолью Клатскина.

Средний возраст составил 61,1 год (от 40 до 80 лет). У 19 (90,4%) пациентов опухоль внепеченочных желчных протоков была диагностирована в III-IV стадиях (TNM Классификация злокачественных опухолей, 7-е издание): T3N0-1M0 – 8 (42,1%) пациентов, T4N0-2M0 – 10 (52,6%), T4N2M1 – 1 (5,3%). По расположению и распространенности поражения желчных протоков (классификация Bismuth-Corlett) опухоли подразделялись на следующие варианты: II тип – 2 (9%) наблюдения, III (a, b) тип – 6 (29%), IV тип – 13 (62%). Двум пациентам лечение выполнялось по поводу рецидива опухоли после резекции внепеченочных желчных протоков и печени, проявившегося механической желтухой. В четырех случаях проводилась только внутрипротоковая ФДТ (13 сеансов) в связи с длительным холестазом и рецидивирующим холангитом.

Всего был проведен 71 сеанс внутрипротоковой ФДТ и 58 курсов РХТ.

Внутрипротоковая ФДТ проводилась через 2-3 часа, после предварительного в/в введения фотосенсибилизатора (Радахлорин, Фотолон) в импульсном режиме, мощностью излучения на выходе волокна – 1 Вт. По пункционному каналу, под рентгеноскопическим контролем заводили оптическое волокно параллельно проводнику до уровня обструкции. Длительность облучения рассчитывали специальной компьютерной программой. Число точек облучения устанавливали индивидуально, в зависимости от уровня и протяженности поражения протоков. Плотность подведенной энергии составляла 300 Дж/см^2. По завершении сеанса восстанавливали наружно-внутреннее холангиодренирование, с наружным оттоком желчи. Спустя 2-3 суток в условиях рентгеноперационной выполнялась висцеральная ангиография. В 80% исследований выявляли опухолевые изменения сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны, подтверждающие наличие инвазии артерии и/или воротной вены, расценивавшиеся как признак нерезектабельности опухоли. В последующем артериальный катетер устанавливали в чревный ствол или общую печеночную артерию для проведения РХТ препаратами Гемцитабин, Оксалиплатин (GemOx). Контроль динамики течения заболевания и ответа на лечение осуществлялся при выполнении МСКТ органов брюшной полости, МРХПГ, ПЭТ с 18-ФДГ, оценкой титра онкомаркера CA19-9, клиническими анализами крови спустя 1-1,5 месяца. При отсутствии выраженного прогрессирования заболевания проводили повторное комбинированное лечение (от 1 до 18 курсов) в сроки от 2 до 5 месяцев. В случаях появления резистентного к лечению холангита, признаков полиорганной недостаточности, прогрессированию сопутствующей патологии, проводилась только внутрипротоковая ФДТ опухоли.

Результаты. 1. Умерли в сроки от 8 до 42 месяцев 12 (57,1%) пациентов.

2. Живы в сроки от 5 до 21 месяца 9 (42,9%).

3. Медиана выживаемости 21 месяц.

4. СПЖ в группе составила 15,4 месяца.

5. Однолетняя выживаемость 80%, двухлетняя – 15%, трехлетняя – 5%.

Выводы. Комбинация методов локорегионарного лечения нерезектабельных опухолей Клатскина с применением внутрипротоковой ФДТ и РХТ улучшает прогноз заболевания и качество жизни пациентов, а также увеличивает медиану выживаемости, СПЖ.

Внутрипротоковая ФДТ может являться единственным безопасным методом противоопухолевого воздействия при выраженной сопутствующей патологии или наличии осложнений основного заболевания (холестаз и/или холангит, дисфункция печени).

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Демко А.Е., Суров Д.А., Осипов А.В., Шляпников С.А., Святненко А.В.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия
ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

В последние годы частота гнойного холангита неуклонно повышается. Основная причина, приводящая к механической желтухе и холангиту – холедохолитиаз (до 86,2%). По данным различных авторов, лечение указанной категории больных сопровождается высоким процентом осложнений (до 54,1%) и высокой летальностью (4,7-28,5%).

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов лечения больных с острым холангитом доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 169 пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012-2017 гг., из них 161 (95,3%) поступили по неотложным показаниям. Мужчин было – 70 (41,4%), женщин – 99 (58,6%). Пациентов с острым холангитом легкой степени было 42 (24,8%), средней степени тяжести – 93 (55,1%), тяжелым – 34 (20,1%). Средний возраст больных составил 59,4 лет (20-93 лет). При этом более 50% пациентов были в возрасте старше 60 лет.

Результаты. Применяли двухэтапную тактику хирургического лечения: неотложная билиарная декомпрессия, затем отсроченное устранение причины холангита. При этом нам удалось добиться того, что 79,3% пациентов с холангитом средней степени тяжести были дренированы в сроки до 12 часов и 72,4% больных с холангитом тяжелой степени подверглись декомпрессивному вмешательству ранее 6 часов от момента поступления в стационар При первичном дренировании желчных протоков использовались как антеградные, так и ретроградные методики. Выполнено 56 чрескожных чреспеченочных вмешательства, 62 дренирующих эндоскопических операций. Манипуляции 2 этапа проведены у 76,1% пациентов. Произведено 24 гибридных оперативных вмешательства. Частота осложнений в изучаемой группе составила 14,5%, летальность – 6,3%.

Заключение. Дифференцированная тактика двухэтапного хирургического лечения пациентов с острым холангитом, основанная на объективной оценке степени тяжести холангита, соблюдения сроков декомпрессии, а также обоснованной маршрутизации пациентов позволяет снизить летальность и частоту осложнений в указанной категории в стационаре скорой помощи. Требуется дальнейший анализ и научный поиск подходов к диагностике и лечению острого холангита доброкачественной этиологии.

КОМПЛЕКСНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Андреев А.В., Гучетль А.Я., Дынько В.Ю.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия
Кафедра хирургии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ эффективность комбинированных миниинвазивных вмешательств у пациентов с обструктивными поражениями общего желчного протока доброкачественного и злокачественного генеза, проходивших обследование и лечение в нашей клинике с 2008 по 2015 гг.

Материалы и методы. Общее количество больных с обструктивными поражениями общего желчного протока составило 1735 (69,9%). Мужчин было 615 (35,4%), женщин – 1120 (64,6%). По этиологии обструкции пациенты разделились на 4 основные группы: пациенты с холедохолитиазом – 1191 (68,6%) че-

ловек, пациенты с рубцовыми стриктурами ОЖП ятрогенного генеза – 177 (10,2%) человек, пациенты со стриктурами терминального отдела ОЖП вследствие хронического осложненного панкреатита – 165 (9,5%) человек, пациенты с обструкцией ОЖП опухолевого генеза различного уровня – 202 (11,7%) человека.

Результаты. Основным клиническим симптомом обструктивных поражений была механическая желтуха. Проанализирован уровень механической желтухи в данной группе больных: нормальные показатели билирубина крови были у 541 (31,2%) пациента, уровень билирубина от 21 до 100 мкмоль/л был отмечен у 699 (40,3%) пациентов, от 101 до 200 у 333 (19,2%) пациентов, более 200 мкмоль/л у 162 (9,3%) больных. Таким образом, механическая желтуха имела место у 1194 (68,8%) больных.

Проанализированы характер и вид эндоскопических вмешательств, выполненных в данной группе больных: ретроградная холангиопанкреатография – 2399 (38,9%), папиллосфинктеротомия – 1440 (23,4%), литоэкстракция – 1457 (23,7%), литотрипсия – 150 (2,4%), электрогидравлическая литотрипсия – 15 (0,2%), холедохоскопия – 22 (0,4%), вирсунголитоэкстракция – 1 (0,02%), попытка вирсунголитоэкстракции – 7 (0,1%), стентирование общего желчного протока пластиковым стентом – 378 (6,1%), двойное стентирование ОЖП пластиковыми стентами – 2 (0,03%), стентирование ОЖП саморасширяющимся нитиноловым стентом – 18 (0,3%), стентирование главного панкреатического протока – 7 (0,1%). назобилиарное дренирование – 62 (1,01%), бужирование ОЖП – 33 (0,5%), балонная дилятация ОЖП – 15 (0,2%), биопсия области БС ДПК – 53 (0,9%), БРАШ-биопсия ОЖП – 103 (1,7%), папиллэктомия – 2 (0,03%), балонная папиллодилятация по струне – 1 (0,02%). Всего чреспапиллярных вмешательств в данной группе больных было выполнено 6154.

В данной группе после эндоскопического вмешательства у 53 (3,1%) больных был отмечен острый постманипуляционный панкреатит, потребовавший проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения. Ретродуоденальная перфорация имела место у 4 (0,2%) пациентов. Кровотечение из папиллотомной раны было отмечено в 16 (0,9%) случаях.

В данной группе было 7 (0,4%) летальных случаев. Во всех данных случаях причиной летального исхода была полиорганная недостаточность, как результат тяжелого общего состояния на момент госпитализации.

Эффективны наши вмешательства у больных с обструктивными поражениями ОЖП были в 1654 (95,3%) случаях, неэффективны – в 81 (4,7%) случае.

В основном, неудачи были связаны с недоступностью БС ДПК в результате перенесенных ранее операций или его атипичным расположением. А так же невозможностью проведения проводника за зону обструкции.

Выводы. Комбинированные миниинвазивные вмешательства показали свою высокую эффективность (95,3%) с низким процентом неудач (4,7%) и осложнений (4,2%). Летальные случаи не были связаны с эндоскопическими вмешательствами, а обусловлены общим тяжелым состоянием пациентом на момент госпитализации.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Гучетль А.Я., Дынько В.Ю., Андреев А.В.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия
Кафедра хирургии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ эффективности эндоскопических миниинвазивных способов лечения холедохолитиаза в условиях ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодара.

Материалы и методы. Проанализированы данные пациентов, проходивших обследование и лечение по поводу холедохолитиаза в условиях нашей клиники за период 2008-2015 гг. Общее число пациентов составило 1191. В данной группе применялся следующий спектр эндоскопических чреспапиллярных методов: ретроградная холангиопанкреатикография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндос-

копическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) и литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндоскопическое стентирование.

Результаты. Больных с комбинированным холецистолитиазом было 803 пациента (67,4%), после холецистэктомии – 388 (32,6%), мужчин – 369 (31,0%), женщин – 822 (69,0%). По размерам конкрементов больные распределились следующим образом: основное количество пациентов были с конкрементами до 1,0 см. – 752 (63,1%), пациентов с конкрементами от 1,0 – 2,0 см. – 388 (32,6%), от 2,0 до 3,0 см. – 41 (3,4%), более 3,0 см. – 10 (0,8%). Более половины больных имели один конкремент – 659 (55,3%), больных с единичным холедохолитиазом (до 3-х) – 290 (24,3%), больных с множественным холедохолитиазом (более 3-х) – 242 (20,3%).

По уровню билирубина больные распределились следующим образом: нормальные показатели билирубина имели 28,6% (341 больной), т.е. поступали без клинической картины механической желтухи; показатели билирубина от 20 до 100 мкмоль/л. Имели 501 (42,1%) пациент; показатели билирубина крови от 100-200 мкмоль/л имели246 (20,6%) пациентов. Высокие показатели билирубина (более 200 мкмоль/л) были выявлены у 103 (8,6%) больных.

При дуоденоскопии были выявлены следующие изменения со стороны двенадцатиперстной кишки (ДПК) и большого сосочка ДПК (БС ДПК): папиллит – 147 (12,3%), аденома БС ДПК – 83 (6,9%), парапапиллярные дивертикулы ДПК – 148 (12,4%), интрадивертикулярное расположение БС ДПК – 76 (6,4%), холедохо-дуоденальный свищ – 12 (1,0%), холецисто-дуоденальный свищ – 2 (0,2%), холедохо-дуоденальный анастамоз – 5 (0,4%), состояние после дистальной резекции желудка (ДРЖ) по Б-1 – 6 (0,5%), состояние после ДРЖ по Б-2 – 13 (1,1%), атипичное расположение БС ДПК (после оперативного лечения, хронический осложненный или острый панкреатит и др.) – 13 (1,1%), опухоль БС ДПК – 2 (0,2%), рубцовая стриктура БС ДПК – 1 (0,1%), состояние после трансдуоденальной папиллосфинктеропластики – 3 (0,3%). У 227 (19,1%) пациентов эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена в анамнезе.

Эффективны наши вмешательства были у 1161 пациента (97,5%). У 30 больных наши вмешательства оказались не эффективными (2,5%).

В данной группе больных были следующие осложнения чреспапиллярных вмешательств: кровотечение – у 11 пациентов (0,9%); острый постманипуляционный панкреатит – 40 (3,4%); перфорация – 3 (0,3%), перфорация при разрыве и вклинении корзинки Дормиа – 1 (0,1%). Всего – 55 пациентов (4,6%).

Выводы. Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства являются методами выбора в лечении больных с холедохолитиазом с высокой степенью эффективности и невысокой частотой осложнений.

ПРЕИМУЩЕСТВА СОХРАНЕНИЯ АВТОНОМНОСТИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Ершов К.Г., Гончаров О.В., Терентьев В.А., Тетерин Г.В., Самойлено М.Ю.

ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ НСО городская клиническая больница № 11, Новосибирск, Россия

Число пациентов с холедохолитиазом неуклонно растет. ЭПСТ с литоэстракцией обладает серьезным недостатком – нарушается автономность желчных путей. Это приводит к хроническому рефлюкс-холангиту с частыми манифестациями в виде гнойного поражения протоков и тяжелой гипотаргии. Кроме того, данная маннипуляция сама обладает рядом грозных возможных осложнений в виде кровотечений, перфорации двенадцатиперстной кишки, тяжелого панкреонекроза.

Цель исследования: оценить методику хирургического лечения холедохолитиаза с сохранением автономности желчного дерева путем использования холедохоскопа.

Материалы и методы. В клинике в период с 2002 по 2017 гг. находилось на лечении 8280 пациентов с желчно-каменной болезнью (ЖКБ). Оперировано из них 8010. Холедохолитиаз сопутствовал или был изолированным у 798 пациентов, что составило 9,63% всех случаев.

В применяемой тактике выделено 2 этапа: до 2005 г., где широко использовались билиодигестивные анастомозы, после 2005 г., когда основным методом стала холецистэктомия из мини-доступа или ЛХЭ с вмешательством на протоках путем холедохоскопии. На первом этапе прооперировано 205 больных с холедохолитиазом. Выполнено 29 билиодигестивных анастомозов, 45 ЭПСТ, 131 холедохолитотомия с дренированием по Керу, из них с холедохоскопией – 64. На втором этапе выполнено 593 пособия. Билиодигестивных анастомозов – 12. Остальные пациенты (581 человек) прооперированы из мини-доступа по М.И. Прудкову (393) и лапароскопически (188). Во всех случаях выполнена холедохоскопия, литэстракция. Использовался холедохоскоп фирмы «OLYMPUS» диметром 4,1 мм. Он позволяет выполнить ревизию протоков до субсегментарного уровня.

Результаты. Летальных исходов и осложнений на 2 этапе не было. В сроки до 5 лет эпизодов холангита не встречено. Предпочтительнее дренаж по Холстеду-Пиковскому со швом холедоха, при холангите – по Керу.

Выводы. Методика холедохоскопии сохраняет автономность билиарной системы, надежно ликвидирует холангиолитиаз. Мини-доступ и ЛХЭ – максимально снижают операционную травму. Уверенность в полной санации билиарного дерева не требует применения билиодигестивных анастомозов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У СОМАТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Горбунов А.А., Бондарец Д.А.

КУ Одесский областной клинический медицинский центр, Одесса, Украина
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Частота встречаемости желчнокаменной болезни среди пациентов старших возрастных групп с повышенным операционно-анестезиологическим риском остается неизменно высокой в современном обществе. В тоже время, в выборе оптимальной тактики лечения острого холецистита и его осложнений нет однозначных рекомендаций.

Цель исследования: разработка лечебно-диагностического алгоритма для пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. Основу исследования составили 208 больных пожилого и старческого возраста с различными формами острого калькулезного холецистита и его осложнениями, которые были распределены на 3 группы. В первой группе (контрольной) 71 (34,1%) пациенту с острым холециститом и холедохолитиазом произведена открытая холецистэктомия с холедохолитотомией. Во второй группе 76 (36,6%) пациентам выполнены традиционные эндоскопические вмешательства. В третьей группе 61 (29,3%) больному эндоскопические вмешательства выполнены в безгазовом режиме с использованием разработанной в клинике лифтинговой системы по Запорожченко-Колодий.

64 (90,1%) пациентам первой группы были выполнены холецистэктомия, интраоперационная холангиография (ИОХГ), холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха. Холецистэктомия, ИОХГ, наложение холедоходуоденоанастомоза произведено у 4 (5,7%) больных, холедохоеюноанастомоза у 3 (4,2%) первой группы. Умерли 2 (2,8%) больных.

Больные 2-й и 3-й групп были разделены на 3 подгруппы в зависимости от тактики хирургического лечения.

31 (40,8%) пациенту 2-й группы и 22 (36,1%) больным 3-й группы с клинической картиной острого калькулезного холецистита и отсутствием ультразвуковых признаков деструкции желчного пузыря, на фоне длительно протекающей и выраженной механической желтухи, первым этапом выполнили ЭРХПГ, ЭПСТ с литоэкстракцией. Вторым этапом выполнена ЛХЭ через 3–5 суток.

22 (28,9%) больным 2-ой группы и 24 (39,3%) 3-ей с наличием клинико-сонографической картины острого деструктивного калькулезного холецистита на первом этапе выполнена ЛХЭ с интраоперационной

холангиографией (ИОХГ) и дренированием холедоха через культю пузырного протока. Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией была сделана в послеоперационном периоде, вторым этапом, что позволило избежать конверсии на лапаротомию и выполнения холедохолитотомии в условиях воспалительной инфильтрации в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки.

Одновременная ЛХЭ, ИОХГ с последующей лапароскопической холедохолитоэкстракцией (ЛХЛЭ), ревизией, санацией и дренированием желчных протоков выполнена у 23 (30,3%) пациентов 2-ой группы и 15 (24,6%) больных 3-ей группы. Проведение интраоперационной ЭПСТ у пациентов 2-ой группы требовало выполнения десуффляции брюшной полости с последующим восстановлением карбоксиперитонеума для дренирования желчного дерева, что провоцировало значительные колебания гемодинамического профиля, обусловившие у двух больных пароксизм мерцательной аритмии.

В группах пациентов, оперированных с применением малоинвазивных методик, летальных исходов не отмечено. Показатели длительности стационарного лечения составили 16,6 койко-дня в 1-й группе, 10,1 койко-дня во 2-й и 8,9 койко-дня в 3-й группе а частота осложнений 9,9% (7), 6,6% (5) и 3,3% (2) соответственно.

Заключение. У пациентов с острым холециститом, большими, множественными и вклиненными конкрементами холедоха методом выбора является традиционная открытая холецистэктомия, холедохолитотомия. В остальных случаях несомненным преимуществом обладает лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с лапароскопической холедохолитоэкстракцией и эндоскопической ретроградной папиллотомией, выполняемой в до-, интра- и послеоперационном периоде. В лечении больных с выраженными системными заболеваниями, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем предпочтение следует отдавать видеоэндоскопическим операциям в «безгазовом» режиме.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Запорожченко Б.С., Шевченко В.Г., Качанов В.Н., Зубков О.Б.

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Украина
Кафедра хирургии №2 Одесского национального медицинского университета, Одесса, Украина

Актуальность. Результаты оценки качества жизни (КЖ) пациентов, подвергнутых хирургическому лечению, является одним из важных критериев эффективности хирургических вмешательств в целом. Для целей реализации подобного подхода применяется опросник MOS-SF-36, позволяющий провести исследование физической, психологической и соцреабилитации пациента после хирургического вмешательства.

Цель исследования: определение отдаленных клинических результатов и КЖ у пациентов, которым кисты ПЖ оперировали с применением традиционных хирургических и лапароскопических методов лечения.

Материалы и методы. В работе проанализирован опыт эндоскопического и лапароскопического лечения псевдокист поджелудочной железы. За период с 2012 по 2017 г.г. в клинике оперировано 153 пациента с данной патологией, из которых с применением миниинвазивных методов лечения – 85. Мужчин было 106 (69,3%), женщин – 47 (30,7%). Возраст пациентов в среднем составил 43,6±1,21 года (от 24 до 71 года).

В отдаленном периоде пациентов обследовали в сроки от 4 месяцев до пяти лет.

Всего выполнено 68 лапаротомические вмешательства и 85 – эндо-, лапароскопические. В отдаленные сроки обследовано соответственно 62 и 59 пациентов. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника MOS-SF-36.

Результаты. *Показатели качества жизни (КЖ) у пациентов с лапароскопическим лечением.* При исследовании КЖ с помощью опросника MOS SF – 36 средний показатель по шкале физического функционирования (ФФ) составил 75±4,8. Показатель ролевого физического функционирования (РФФ) возрастал в сравнении с таковыми до операции в 2,1 раза ($p<0,05$), а выраженность болевого синдрома (Б) снижалась в 1,9 раз ($p<0,05$). Применение миниинвазивных методов лечения сопровождалось развитием удовлетво-

рительного результата лечения у 8 пациентов (13,6%). Средний показатель ФФ по шкале опросника MOS SF – 36 составил 68,5±3,3 балла, что достоверно выше аналогичного показателя до операции (51,8±2,7 балла). Средний показатель шкалы боли составил 79,6±7,3 баллов, что также достоверно выше данного показателя до операции (47,5±4,3) (P<0,05). По шкале жизнеспособности (Ж) увеличение в сравнении с дооперационным уровнем произошло в 1,5 раза, а по шкале социального функционирования – в 1,38 раз (P<0,05). Кроме того, по шкале ролевого эмоционального функционирования увеличение составило 26,0% (P<0,05).

Показатели КЖ у пациентов с традиционным методом лечения. В подгруппе пациентов с удовлетворительным результатом традиционного хирургического лечения отмечалось достоверное в сравнении с дооперационным увеличение показателя Б – на 25,7% (P<0,05), а также показателя шкалы Ж, который увеличивался на 37,2% (p<0,05). Отличия показателей остальных шкал не носили достоверного характера (p>0,05).

Выводы. Качество жизни пациентов с хорошим результатом лечения, которым применяли миниинвазивные методы лечения улучшается по всем исследованным шкалам опросника MOS-SF-36, в то время как при традиционных вмешательствах – только по 6 из 8.

Качество жизни пациентов с удовлетворительным результатом лечения, которым применяли лапароскопические методы лечения улучшается по 5 из 8 шкалам опросника MOS-SF-36, в то время как при традиционном лечении – по 2 из 8.

ЧРЕСКОЖНАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОЧАГОВЫХ И ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Заривчацкий М.Ф., Каменских Е.Д., Мугатаров И.Н.

ФГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Центр хирургии печени, Пермь, Россия

Введение. За последние пять лет отмечается неуклонный рост числа больных с очаговыми и диффузными заболеваниями печени. Для оценки выраженности воспаления и фиброза, необходимости проведения лечения и определения его длительности при вирусных гепатитах, гепатитах неясной этиологии, для дифференциальной диагностики между фокальной нодулярной гиперплазией, доброкачественными или злокачественными опухолями печени применяется чрескожная биопсия печени.

Цель исследования: оценить эффективность диагностической чрескожной биопсии печени в лечении пациентов с диффузными и очаговыми поражениями печени.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2016 гг. проведены чрескожные биопсии печени под ультразвуковым контролем 364 пациентам в возрасте от 32 до 76 лет, сСреди них с диффузными поражениями – 7, с очаговыми образованиями печени – 357. Средний возраст пациентов составил 54,3±6,5 лет. Мужчин было 132 (36,3%), женщин – 232 (63,7%). Чрескожные биопсии печени производились пункционно-аспирационными иглами Ившина диаметром 1,2 мм. При локализации очаговых образований в правой доле печени и при диффузном поражении печени биопсию осуществляли через 9 межреберье справа по средней подмышечной линии. Биопсию очагов левой доли печени производили через эпигастральную область. Противопоказаниями к чрескожной биопсии были выраженная механическая и паренхиматозная желтуха, коагулопатия, тромбоцитопения, асцит, субкапсулярное расположение очаговых образований печени, отсутствие визуализации очаговых образований при ультразвуковом исследовании. Полученные биоптаты фиксировали в растворе формалина и направляли на патогистологическое исследование. Все гистологические препараты пересматривали в краевом в онкологическом диспансере.

Результаты. Гистологически у 204 больных (56%) диагностированы метастазы колоректального рака, у 66 (18,1%) – ГЦК, у 51 (14%) – метастазы рака других органов, у 26 (7,1%) – гемангиомы, у 10 (2,8%) – гепатоцеллюлярные аденомы, у 7 (1,9%) – цирроз печени. Осложнения развились у 7 (1,9%) пациентов. Кровотечения после биопсии печени развились в 5 случаях (1,4%): в 2 случаях хирургический гемостаз достигнут во время лапароскопии, в 3 – при лапаротомии. У 1 (0,3%) пациента был диагностирован пневмото-

ракс, который ликвидирован плевральной пункцией. Повреждение правой стенки желчного пузыря было у 1 (0,3%) пациента – холестаз осуществлен наложением клипсы на дефект стенки желчного пузыря во время лапароскопии. Летальность составила 0,5% (n=2).

Выводы. Чрескожная биопсия печени при ее очаговых и диффузных поражениях имеет большое значение для определения дальнейшей хирургической и лечебной тактики. Для выполнения биопсии печени должны быть выставлены четкие показания. Риск развития осложнений при этой процедуре не велик, однако при наличии противопоказаний к биопсии следует от нее воздержаться.

НАШ ОПЫТ АНТЕГРАДНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ ПРИ ВЫСОКИХ БИЛИАРНЫХ БЛОКАХ: ТРУДНОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ, МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Золотницкая Л.С., Панюшкин А.В., Кукош М.В.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 им. Е.Л. Березова», Нижний Новгород, Россия
Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России,. Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: анализ структуры заболеваний у больных с проксимальным билиарным блоком и улучшение результатов лечения больных данной группы путем внедрения миниинвазивных методик лечения, поиска оптимальных способов желчеотведения в условиях городского хирургического стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты, структуры заболеваний, оперативных методик, осложнений и путей их профилактики у больных с проксимальным билиарным блоком, находившихся на лечении с конца 2012 по начало 2017 гг. Всего было 64 больных, что составило 15.6% от общего количества больных с механической желтухой и 20% от количества пациентов, которым были применены антеградные методики желчеотведения.

В структуре патологии больные с метастатическим поражением гепатодуоденальной связки и печени составили 40.6% (26), с опухолью Клацкина – 28.1% (18), с холедохолитиазом, с обструкцией стента, с опухолью головки поджелудочной железы – по 6.3% (4), раком желчного пузыря – 7.8%, первичным раком печени – 4.9% (3).

Выполняли наружные, в том числе транссегментарные (45) и наружно-внутренние (42) холангиостомии под УЗ и РТВ наведением. У 16 пациентов выполнены билобарные, у 7 – посегментарные холангиостомии с различной комбинацией вариантов желчеотведения. Также у пациентов с асцитом проводилось дренирование брюшной полости.

Результаты. Были отмечены следующие осложнения: дислокация дренажа с последующим желчеистечением в брюшную полость (24%), желчеистечение в брюшную полость через несколько дней после уменьшения желчной гипертензии вследствие выхода перфорационных отверстий дренажа за пределы протоков при наружно-внутренних дренированиях (10%), имбибиция брюшной стенки желчью (3%), транзиторная гемобилия (7.8%). С накоплением опыта было отмечено, что снижение количества осложнений происходит при увеличении длины участка дренажа, находящегося в желчных протоках. Это достигается наружно-внутренним препапиллярным дренированием, а в случаях недилатированного холедоха транссегментарным дренированием из одной доли в другую с дополнительным созданием перфорационных отверстий в дренажах. Последний метод стал применяться более активно, что привело к уменьшению частоты дислокаций дренажей в 3 раза. Также следует отметить, что метод требует наличия хорошего инструментария, а также комплаентности пациента и адекватного обезболивания для уменьшения времени операции и снижения рисков интраоперационных осложнений. Осложнения, вызванные выходом перфорационных отверстий из протоков, устранялись либо путем коррекции дренажей, либо установкой обтуратора, перекрывающего лишние отверстия при наружно-внутреннем способе дренирования. Имбибиция брюшной стенки при отсутствии дислокации дренажа вызывалась избыточным давлением в протоковой системе, малым диаметром дренажей вследствие оттока желчи между стенкой дренажа и дренажным каналом. Данное

осложнение было редким, в одном случае потребовало вскрытия затеков, в другом – консервативного лечения инфильтрата. Более высокая частота осложнений при проксимальном блоке диктует необходимость выполнения дальнейших радикальных или паллиативных вмешательств в кратчайшие сроки.

Выводы. 1. Чрескожные антеградные методики лечения эффективны при лечении высоких билиарных блоков, являются нередко единственным методом помощи данной категории больных.

2. Применение наружно-внутреннего дренирования, а также транссегментарного междолевого дренирования позволило значительно уменьшить количество осложнений.

3. Миниинвазивные технологии в лечении больных проксимальным блоком позволяют также выполнить радикальное вмешательство или стентирование в «холодном» периоде, что существенно снижает риск осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенцов К.В., Дегтярев Д.Б.,
Аксенова Т.Е., Дымников Д.А., Здасюк С.О.

ГБУ СПБ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава
Кафедра общей хирургии ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Создание нового медицинского оборудования и его применение в билиарной хирургии позволило изменить тактику лечения больных с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПДЗ), вызывающих механическую желтуху. Своевременная миниинвазивная билиарная декомпрессия является важным компонентом этапного или окончательного хирургического лечения, позволяющим восстановить функцию печени и уменьшить послеоперационную летальность, в особенности у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2016 гг. было пролечено 354 пациентов с механической желтухой, из них со стриктурами желчных протоков злокачественного генеза было 342 (96,6%) пациента, доброкачественного – 12 (3,4%).

Результаты. Лечение пациентов исследуемых групп было этапное. При злокачественной этиологии наиболее часто применялся двухэтапный подход: первичным вмешательством было чрескожное или эндоскопическое дренирование с последующим стентированием желчных протоков. Характеристики используемого нитинолового стента в каждом конкретном случае выбирали индивидуально. При доброкачественных стриктурах – многоэтапный или гибридный подход. В случаях ятрогенных повреждений чрескожное дренирующее вмешательство сочеталось с лапароскопическим или лапаротомным вмешательством, при осложненных формах панкреатита объем операции определялиндивидуально в зависимости от характера поражения поджелудочной железы: чрескожный или эндоскопический цистогастроанастомоз, чрескожное холангиодренирование (ЧЧХД) в сочетании с дренированием кисты. В случаях доброкачественных стриктур (наиболее часто ранее сформированного билиодигестивного анастомоза) в сочетании или без холедохолитиаза выполнялось ЧЧХД с последующим эндопротезированием с/без чрескожной литоэкстракции. Этапная замена эндопротеза осуществлялась по мере его обтурации. При первичном склерозирующем холангите – билиарное дренирование правой и левой доли печени с последующим стентированием.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были: холангит, желчеистечение в свободную брюшную полость на фоне миграции дренажа, тяжелый панкреатит с исходом в панкреонекроз. Из редких – гемобилия, поддиафрагмальные абсцессы и клинически значимые подкапсульные гематомы, кровотечения из слизистой желудка, эмпиема плевры.

Летальных исходов при выполнении миниинвазивных вмешательств всего было 40 в случае онкологической патологии, что составило 11,7%. От прогрессирования полиорганной недостаточности скончались 23 больных, после выполнения чрескожных вмешательств – 13, эндоскопических – 4. При эндоскопических

вмешательствах 2 пациента скончались от панкреонекроза, от билиарного сепсиса – 2; после ЧЧХ-дренирования от панкреонекроза – 2, от сепсиса – 11. В случаях лечения доброкачественных стриктур летальных исходов не было.

Выводы. Внедрение гибридных миниинвазивных технологий в лечении пациентов с механической желтухой улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, важно соблюдать полную преемственность между врачом, выполняющим дренирующее вмешательство и лечащим врачом, определяющим дальнейшую тактику ведения больного и его курабельность.

ИНТЕГРАЦИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Карпов О.Э., Левчук А.Л., Свиридова Т.И., Осипов А.С.

ФГБУ «Национальтный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Развитие хирургии на современном этапе неразрывно связано с разработкой и применением инновационных методов диагностики и лечения различных заболеваний. Поэтому важно в ходе лечебно-диагностического процесса органично совместить накопленные и проверенные временем принципы с переменчивыми обстоятельствами (многочисленными технологическими и тактическими инновациями), чему и способствует, по нашему опыту, мультидисциплинарный клинический подход.

В Пироговском Центре, который является многопрофильным Федеральным лечебным учреждением, в среднем в год выполняется около 12000 минимально инвазивных диагностических и лечебных вмешательств.

С целью повышение эффективности лечебно-диагностического процесса в течении последнего десятилетия разработаны протоколы, стандарты, методические руководства, лечебно-диагностические алгоритмы, внедрён принцип мультидисциплинарного подхода с использованием инновационных минимально инвазивных технологий при выполнении специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Основу протоколов составляют вопросы стратегии и тактики в плановой и неотложной хирургии.

Последние годы минувшего столетия ознаменовались значительными гуманистическими преобразованиями в хирургии, определившими новую историческую веху в её развитии. Были созданы и внедрены в широкую клиническую практику щадящие хирургические технологии – эндовидеохирургические, эндоскопические, рентгено- эндоваскулярные, роботические и т.д. Мультидисциплинарный подход, как показывает клиническая практика, позволяет устранить влияние современных негативных факторов. Он лежит в основе диагностического и лечебного алгоритма, как при доброкачественных хирургических заболеваниях, так и при онкологической патологии. В Федеральном Пироговском Центре разработан и установлен комбинированный видеокоммуникационный комплекс, включающий в себя две подсистемы – многоточечного управляемого наблюдения за ходом оперативного вмешательства с возможностью обратной видео- и аудиосвязи, а также видеоконференцсвязи. Реализованный комплекс осуществляет дистанционное наблюдение и контроль за ходом операции в реальном масштабе времени с возможностью внесения корректив и ведении переговоров с хирургической бригадой на расстоянии, консультативного участия ведущих специалистов Центра при возникновении клинически и технически сложных ситуаций во время оперативного вмешательства. Использование современных компьютерных технологий (телекоммуникационные консилиумы и консультации, управление с помощью компьютерных систем роботизированными комплексами) позволяет включить в мультидисциплинарный подход еще одну веху – инновационную кибернетическую медицину. Использование инновационных технологий позволило за последние 10 лет снизить послеоперационную летальность с 10% до 2%, увеличить количество органосохраняющих операций с 20% до 60%, уменьшить частоту местных рецидивов злокачественных опухолей с 37% до 15%, значительно сократить послеоперационные осложнения с 33% до 6% случаев. При этом увеличилось количество традиционных, комбинированных абдоминальных оперативных вмешательств в 2 раза за счет отбора пациентов старшей

возрастной группы и мультидисциплинарного подхода, который обеспечивает точность диагностики и способствует выработке оптимальной лечебной тактики, улучшает отдаленные результаты и качество жизни оперированных пациентов.

Как показывают наши результаты, успех хирургического лечения, наряду с профессиональными знаниями, навыками и опытом специалистов, во многом определяется слаженной работой команды врачей с соблюдением постулатов мультидисциплинарного подхода. В его основе лежат принципы врачебной этики и деонтологии, критерии целесообразности, разумной взвешенности в выработке оптимальной лечебно-диагностической программы, с учетом современных возможностей щадящей хирургии и информационных технологий.

КОМБИНАЦИЯ АНТЕГРАДНЫХ И РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРУПНЫМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗОМ.

Ковалевский А.Д.

ФГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Холедохолитиаз встречается у 10-35% больных желчекаменной болезнью. Ретроградный эндоскопический метод санации желчных протоков относится к методам выбора и незаменим при холедохолитиазе. Однако, при наличии крупных конкрементов более 2,5 см. безуспешность эндоскопического вмешательства достигает 45,6-81%. Большинство авторов предлагают в этих случаях прибегнуть либо к постоянному стентированию желчных протоков или к общехирургической операции.

Мы предлагаем комбинированную двухэтапную методику лечения крупного холангиолитиаза. Первым этапом выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию. Затем, в течение 4 недель, формировали желчный свищ на дренаже диаметром 14-16F. Третьим этапом производили ЭПСТ по методике «рандеву» (если не выполнена ранее). Затем чресфистульно выполняли холангиоскопию с контактной ударно-волновой литотрипсией и извлечением полученных фрагментов камня. Затем, после контрольной фистулографии, закрывали свищ простым удалением дренажа.

Всего за период 2009-2016 гг. по данной методике было прооперировано 14 больных. У 10 пациентов имел место мегахолангиолитиаз, причем в трех случаях сопровождавшийся большими парафатериальными дивертикулами, препятствующими выполнению ретроградных вмешательств. Еще у 4 больных первично подозревался онкопроцесс холедоха, оказавшийся, в последующем, крупным холедохолитиазом. У всех 14 больных холангиолитиаз был успешно ликвидирован. Конверсий доступа не было. Эффективность методики – 100%. Осложнения – 1 пациент – пролежень дренажа с формированием комбинированного желчно-толстокишечного свища. Ликвидирован консервативными мероприятиями. У этого же больного развилась эмпиема плевральной полости со стороны пункционного доступа. Пролечена консервативно. Летальность – 0.

Заключение. Предложенная методика показала себя как достаточно эффективный и малоинвазивный метод лечения больных с крупным холедохолитиазом при небольшом числе осложнений и отсутствии летальности.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Козак О.Н., Юрлевич Д.И., Ермакович В.В., Кручёнок Е.Ю., Жих А.В., Щерба А.Е., Руммо О.О.

УЗ «9-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) во всем мире имеет тенденцию к росту. Пятилетняя выживаемость без лечения составляет менее 5%. Известны три основных подхода к лечению ГЦР: резекция печени (РП), трансплантация печени (ТП) и локорегиональная терапия (ЛРТ). Учитывая, что резекция часто невозможна на фоне цирроза печени, ТП возможна только у 40% пациентов, ЛРТ является основным подходом для большинства больных, особенно класса В по BCLC.

Химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) – эмболизация артериального сосудистого русла опухолевого узла специальным материалом, содержащим противоопухолевый препарат. ХЭПА может быть использована как окончательный, так и вспомогательный вид лечения до и после РП или ТП.

Цель исследования: проанализировать опыт выполнения операции ХЭПА в УЗ «9 ГКБ» г. Минска в контексте самостоятельного метода лечения, а также этапа перед обширной открытой хирургией гепатобилиарной зоны.

Материалы и методы. В период с 2011 по май 2017 гг. в УЗ «9 ГКБ» г. Минска было выполнено 222 процедуры ХЭПА 127 больным.

Структура пациентов: больные с ГЦР – 112, колоректальный рак с метастазами в печень – 5, карциноидное метастатическое поражение (первичный очаг – нижняя доля правого легкого) – 2, карциноид ПЖ с метастазами в печень – 1, рак щитовидной железы с метастазом в печень – 1, холангиоцеллюлярная карцинома – 2, рак молочной железы с метастазом в печень – 1.

Средний возраст составил 56,5 лет, женщин было 30 (23.6%) (средний возраст 59.3 лет), мужчин – 97 (76.4%) (средний возраст 55.6 лет).

Постэмболизацационный период осложнился декомпенсацией функции печени с применением экстракорпоральных методов детоксикации у одного пациента, тромбозом воротной вены в трех случаях. Госпитальной летальности у пациентов класса С по BCLC не было.

Доступ к эмболизируемому сосуду выполнялся антеградно, из аорты через чревный ствол (7 случаев) через вехнебрыжеечную артерию (ВБА) – из-за вариантов отхождения ветвей печеночной артерии, питающих опухолевые узлы. Для ХЭПА использовали липо-идол с 50мг доксирубицина – 7 пациентов, вазелиновое масло с 50 мг доксирубицина – 6 пациентов, насыщаемые микросферы с 50-70 мг доксирубицина – 115 пациентов.

Результаты. Госпитальной летальности после ХЭПА не было. 23 больным после эмболизации была выполнена ортотопическая трансплантация печени, 3 пациентам ХЭПА осуществлялась после ТП, 14-и после ХЭПА была выполнена расширенная гемигепатэктомия по поводу ГЦР, в 1-ом случае ХЭПА производилась перед резекцией ПЖ по поводу метастазов карциноида. У 29.9% пациентов (38 человек) ХЭПА позволила выполнить радикальную операцию. Применение микросфер по сравнению с другими эмболизирующими материалами сопровождалось меньшим болевым синдромом и лучшей постэмболизационной функцией печени.

Выводы. 1. ХЭПА является современным эффективным малоинвазивным методом лечения.

2. ХЭПА снижает риски прогрессирования опухоли.

3. Использование насыщаемых микросфер может расширить границы применения ХЭПА у пациентов с ГЦР на фоне цирроза печени, особенно в классе C-BCLC с Child A-B.

КОМБИНАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОИНФУЗИИ С ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Козлов А.В., Таразов П.Г., Власова Е.В., Корытова Л.И., Гранов Д.А., Павловский А.В., Поликарпов А.А., Розенгауз Е.В., Попов С.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить первые результаты комбинированной терапии рака поджелудочной железы РПЖ.

Материалы и методы. За период 2000-2015 г. комбинацию артериальной химиоинфузии с лучевой терапией провели у 35 больных (19 мужчин и 16 женщин в возрасте 49-79 лет) нерезектабельным местнораспространенным РПЖ без отдаленных метастазов T3-4N0-1M0. Поражение головки ПЖ имело место у 24, тела у 11 пациентов. Ангиографический катетер устанавливали в чревный ствол и осуществляли инфузию 1000 мг/м^2 Гемцитабина в течение 30 мин в качестве радиомодификации за 1 сут до начала прецизионной конформной лучевой терапией на аппарате Axesse с использованием многопольного статического режима среднего фракционирования: разовая очаговая доза 3 Гр ежедневно, 5 раз в неделю (17 фракций) до достижения суммарной очаговой дозы 51 Гр.

Результаты. Осложнений, связанных с выполнением ангиографии не было. Токсические проявления комбинированного лечения включали гематологические I-II степени по CTC NCINC (50%), желудочно-кишечные I-II степени (63%) и купировались корригирующей терапией, не потребовавшей прекращения противоопухолевого лечения. Клинический эффект в виде уменьшения болей достигнут у 95%, увеличение массы тела отметили 43% пациентов. Средняя продолжительность жизни составила 15,5 (медиана 13,8) мес.

Выводы. Сочетание регионарной химиотерапии с конформной лучевой терапии является безопасным и перспективным методом лечения больных местнораспространенным неоперабельным РПЖ. Проведение комбинированного лечения позволяет достичь выраженного обезболивающего эффекта.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китаева М.А.

ФГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, НИИ хирургии и неотложной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. По данным различных исследований, до 15% взрослого населения страдает жечно-каменной болезнью. В 70% случаев субстратом развития билиарной гипертензии является холедохолитиаз. При наличии множества различных подходов к лечению сочетанного холецистохоледохолитиаза, на сегодняшний день, нет единого мнения о приоритетном использований какой-либо из методик.

Цель исследования: определить подход к оперативной тактике у больных с механической желтухой, острым холангитом и билиарным сепсисом на фоне холецистохоледохолитиаза, улучшающий результаты лечения.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2017 гг. в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова было пролечено 128 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Средний возраст болных составил 64,9 лет, среди них было 83 (64,8%) женщины и 45 (35,2%) мужчин. На основании результатов обследования пациенты были разделены на группы: механическая желтуха – 69 (53,9%) больных, холангит – 43 (33,6%), билиарный сепсис – 16 (12,5%). У 56 (43,7%) пациентов был диагностирован острый холецистит, хронический у 72 (56,3%). Все больные были оперированы, выполнялись следующие оперативные вмешательства: одномоментная комбинированная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и эндосокпическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – 55 (43,0%), одномоментная комбинированная

ЛХЭ и лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ) – 62 (48,4%), у 11 (8,6%) пациентов с билиарным сепсисом было выполнено двухэтапное лечение в объёме ЭПСТ с последующей ЛХЭ.

Результаты. При сравнении одноэтапных методик в группах было установлено, что одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ, по сравнению с одномоментной ЛХЭ+ЭПСТ, статистически достоверно имеет меньшее время оперативного вмешательства (106,4 vs 137,5; p<0,01), значительно меньшее время анестезиологиечского пособия (147,6 vs 223,1; p<0,01), меньший послеоперационный койко-день (6,7 vs 8,8; p<0,01) и более высокую экономическую эффективность (72 828,26 vs 86 864,6; p<0,01); не было статистически достоверной разницы в тотальности литоэкстракции и в частоте послеоперационных осложнений.

Пациентам (n=11) с билиарным сепсисом при невоспаленном желчном пузыре первоначально выполнялось ЭПСТ, с целью купирования билиарной гипертензии, а затем, после стабилизации состояния – ЛХЭ; в случае билиарного сепсиса на фоне острого холецистита (n=5) выполнялись одномоментные комбинированные операции. 4 (5,6%) пациентам с хроническим холециститом, ввиду наличия синдрома Mirizzi, и 4 (7,1%) пациентам с острым холециститом, ввиду выраженных инфильтративных изменений, была выполнена интраоперационная конверсия. Летальность в группе больных с механической желтухой составила 2,9%, с холангитом – 11,6%, с билиарным сепсисом – 37,5%.

Выводы. 1. У пациентов с механической желтухой и холангитом, развившимися на фоне холецистохоледохолитиаза, не зависимо от того, воспалён желчный пузырь или нет, допустимо выполнение одномоментного комбинированного оперативного лечения. Предпочтение среди одномоментных вмешательств следует отдавать комбинированной ЛХЭ+ЛХЛТ.

2. В случае билиарного сепсиса, при отсутствии воспаления желчного пузыря, показано выполнение ЭПСТ, направленного на декомпрессию желчных протоков, а после стабилизации состояния больного – ЛХЭ. При билиарном сепсисе протекающем на фоне острого холецистита возможно выполнение комбинированных одномоментных операций.

ЧРЕСКОЖНОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Котив Б.Н., Алентьев С.А., Дзидзава И.И., Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Федун О.В., Шершень Д.П., Бояринов Д.Ю., Смородский А.В., Молчанов А.А., Попов В.В.

ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить результаты различных вариантов эндобилиарного стентирования в лечении механической желтухи опухолевой этиологии в сравнении с традиционными паллиативными хирургическими вмешательствами.

Материалы и методы. В основную группу исследования включены пациенты с опухолевой механической желтухой (n=268), которым выполнялось стентирование желчных протоков с использованием металлических стентов с полимерным покрытием (n=178), (Shim-Hanarostent “M.I. Tech”, Viabil “Gore”) и без покрытия (n=90) (Smart Control “Cordis”, Genesis “Cordis”, Hanarostent “M.I. Tech”). Имплантация стентов производилась в большинстве случаев антеградно чрескожно чреспеченочно (n=140) или ретроградно эндоскопически (n=61). В 39 наблюдениях традиционные методики стентирования желчных протоков оказались невозможными и установка стента произведена чрескожно через холецистостому у 20 пациентов, в 19 случаях – чрескожно через Т-образный дренаж (антеградно – 14, ретроградно – 5). У 6 больных в связи с безуспешностью многократных попыток реканализации стриктуры выполнен чрескожный чреспеченочный пункционный холедоходуоденоанастомоз со стентированием пункционного канала. В 22 наблюдениях применялись гибридные методики стентирования (комбинация чрескожного и эндоскопического доступа – в 13 случаях, чрескожного доступа и лапароскопической ассистенции – в 9). Группу сравнения (n=70) составили больные, оперированные традиционным способом, которым выполнялось наложение обходного билиодигестивного анастомоза (n=26), различные виды холецистостом (n=29), лапароскопическое дренирование желчных протоков (n=15).

Результаты. Процедура стентирования была успешной во всех случаях. Технические трудности удалось разрешить благодаря применению оригинальных методик стентирования через холецистостому или Т-образный дренаж, пункционного холедоходуоденоанастомоза, эндоскопической или лапароскопической ассистенции во время процедуры. Особую сложность представляли случаи стентирования при проксимальных опухолях желчных протоков. В этих наблюдениях стенты устанавливали параллельно или V-образно. В ближайшем послеоперационном периоде летальные исходы отсутствовали. Во всех случаях наблюдалась адекватная декомпрессия желчных протоков. Пожизненная проходимость стента отмечена у большинства больных (87,6%). Рецидив механической желтухи в сроки от 1 до 28 мес (n=33) потребовал повторного стентирования в зоне продолженного роста опухоли или в связи с прорастанием опухоли или грануляций через ячейки непокрытого стента.

В группе больных после традиционных оперативных вмешательств отмечено 2 летальных исхода. В 13 случаях наложения обходных билиодигестивных анастомозов (50%) отмечен рецидив механической желтухи, что потребовало выполнения других видов чрескожного или эндоскопического стентирования. У 32 пациентов (72,7%) после холецистостомии или интраоперационного дренирования желчных протоков были выполнены другие виды декомпрессии.

Заключение. Чрескожное или эндоскопическое стентирование желчных протоков в отличие от традиционных паллиативных хирургических вмешательств является малоинвазивным методом коррекции механической желтухи опухолевой этиологии сопровождающимся невысокой частотой осложнений и отсутствием летальности. Предпочтение должно отдаваться стентам с полимерным покрытием, обеспечивающим длительную проходимость желчных протоков. Выбор доступа для имплантации стента определяется анатомическими особенностями у каждого конкретного пациента. Применение гибридных технологий позволяет выполнить стентирование в технически трудных случаях.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Красильников Д.М., Бородин М.А., Имамова А.М., Малова И.И., Спиридонов С.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Цель исследования: разработать способы чрескожных пункционно-дренирующих операций под УЗ-наведением у пациентов с абсцессами печени.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней №1 КГМУ на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ за период с 2012 по 2016 гг. проведено хирургическое лечение 171 пациенту с абсцессами печени и было выполнено 258 оперативных вмешательств. Возраст пациентов от 18 до 86 лет, мужчин 82 (48%), женщин 89 (52%). У 111 (64,9%) пациентов причиной развития абсцессов печени послужили заболевания желчного пузыря, внутри-и внепеченочных протоков, поджелудочной железы, в 34 (19,9%) наблюдениях криптогенные, 26 (15,2%) травмы печени.

Чаще выявлялись одиночные абсцессы – 157 (91,8%), множественные (милиарные) – в 14 (8,2%) случаев. Изначально всем пациентам проводилась диапевтическая пункция. Дренирование во всех случаях производилось транспеченочно по одноэтапной методике. В абсцессы размерами более 50 мм, а также имеющими «неправильную» форму устанавливались дренажи 12, 14 или 16 Fr, не менее двух. В более мелкие абсцессы устанавливались дренажи 10 или 12 Fr. При множественных абсцессах производилось дренирование образований диаметром более 25 мм и дополнительно, катетеризация воротной вены для введения антибиотиков. Абсцессы менее 25 мм не дренировали – проводили их пункционную санацию в среднем 2 раза. Выполняли ежедневный ультразвуковой контроль и санацию абсцессов под УЗ-наведением. При необходимости проводили контрастное рентгеновское исследование с целью определения «слепых» участков, замены дренажей и агрессивной ирригации абсцессов с густым содержимым и детритом.

Результаты. Однократное дренирование, либо пункционная санация абсцесса печени произведены 127 (74,3%) пациентам, двукратное вмешательство – 35 (20,5%) и 3-5 операций выполнены 9 (5,3%) пациентам. Послеоперационный госпитальный период в среднем составил 7 дней, амбулаторное лечение до 14 дней. Умер один пациент с множественными абсцессами печени, которые сформировались у пациента с тотальным панкреонекрозом в стадии гнойно-септических осложнений. Летальность составила 0,58%.

Заключение. В настоящее время чрескожные пункционно – дренирующие операции под УЗ-наведением являются основным методом лечения пациентов с абсцессами печени, с обязательным устранением этиологических причин их образования. Полученные нами результаты применения чрескожных пункционных вмешательств у пациентов с абсцессами печени показали их высокую эффективность. За такой же промежуток времени при абсцессах печени нами выполнено всего 3 традиционных вмешательства, в связи с их прорывом в свободную брюшную полость и развитием распространенного перитонита.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ

Краснов К.А., Пельц В.А., Заруцкая Н.В., Старцев А.Б., Аминов И.Х., Боровикова А.С.
ГАУЗ КО Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Анализ литературных источников показывает всеобщий научный и практический интерес к применению лапароскопических способов в лечении патологии органов брюшной полости.

Современные тенденции к оптимизации применения малотравматичных способов лечения в целом диктуют, а положительный опыт применения эндоскопических методик в хирургическом лечении определяет расширение показаний к использованию этих способов лечения при различных патологических процессах органов брюшной полости.

В отделении хирургии печени, поджелудочной железы Кузбасского Областного гепатологического центра по поводу опухолевого поражения печени, тела и хвоста поджелудочной железы, селезенки за период с 2013 по 2016 гг. оперированы 24 пациента. Возраст больных был от 17 до 58 лет, женщин было 16, мужчин 8.

Показаниями к операции были солитарные опухоли печени до 5 см в максимальном измерении, выходящие на контур печени, солитарные опухоли селезенки, опухоли поджелудочной железы без признаков внеорганной диссеминации.

Во всех случаях кроме рутинных клинических тестов в диагностике использованы абдоминальное КТ с болюсным контрастированием и трехмерной реконструкцией, исследование специфичных онкомаркеров. Были выполнены следующие операции:видеолапароскопическая резекция печени 16, корпокаудальная резекция поджелудочной железы 2, лапароскопическая спленэктомия 6.

Все больные вертикализированы в течение ближайших 12 часов после операции, энтеральное питание назначено в течение 1 суток всем оперированным больным. Послеоперационный койко-день до выписки из стационара составил 4-5 суток. Общих и местных осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Гистологическое исследование удаленного материала показало: фибронодулярную гиперплазию печени – в 8 случаях, гемангиому печени – в 8, гемангиому селезенки – в 3, гамартому селезенки – в 2, посттравматическая кисту – в 1, карциноид поджелудочной железы – в 2.

Первый опыт изучения технических аспектов выполнения эндоскопических хирургических вмешательств на печени, поджелудочной железе, селезенке показывает, что при соблюдении условий тщательной дооперационной селекции показаний к данному способу лечения, можно рассчитывать на оптимальное течение послеоперационного периода, и удовлетворительные непосредственные результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖКБ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кукош М.В., Демченко В.И., Колесников Д.Л., Ветюгов Д.Е., Золотницкая Л.С.

ФГБОУ ВО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия
ГБУЗНО Городская клиническая больница №7 им. Е.Л. Березова, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Хирургическое лечение больных с механической желтухой, осложненной холангитом, тромбогеморрагическим синдромом, печеночной недостаточностью сопровождается высокой летальностью.

Цель исследования: сравнить непосредственные результаты малоинвазивного и традиционного хирургического лечения пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой.

Материалы и методы. В период с 2013 г. в клинике факультетской хирургии НижГМА на базе ГБУЗНО ГКБ №7 им. Е.Л. Березова г. Нижний Новгород введено двухэтапное комбинированное лечение.

Проанализированы результаты лечения 76 пациентов с механической желтухой (развившейся на фоне желчнокаменной болезни), поступивших в период с 2010 по 2015 гг. Пациенты разделены на две группы: контрольную (36 пациентов, пролеченных в период с 2010-2012 гг.) и основную (40 пациентов, пролеченных в период с 2013-2015 гг.).

В контрольной группе применялись открытые методы лечения: лапаротомия, холецистэктомия, холедоходуоденостомия. В основной группе применялось малоинвазивное двухэтапное комбинированное лечение.

Оценку результатов лечения проводили по быстроте снижения уровня билирубина, Алат и Асат, количеству осложнений в послеоперационном периоде и показателю летальности.

Возрастно-половой состав изучаемых групп не имел статистически значимых различий. По уровню Алат и Асат при поступлении группы не различались. Исходные цифры билирубина в группах сравнения были сопоставимы: в контрольной группе 84±57,1 и в основной группе 74,2±55,3 ($p>0,05$).

Результаты. В контрольной группе выполнено 36 лапаротомий с холецистэктомией и холедоходуоденостомией.

В основной группе ЭПСТ с литоэкстракцией произведена 12 пациентам. В отсроченном периоде им, после снижения уровня билирубина, выполнена лапароскопическая холецистэктомия без выписки из стационара.

Наружное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и рентгенологическим наведением выполнено 28 больным. В дальнейшем им выполнена ЭПСТ и холедохолитоэкстракция по методике «рандеву», лапароскопическая холецистэктомия.

К пятым суткам уровень непрямого билирубина достоверно не отличался, при этом прямой билирубин в основной группе уже был достоверно ниже 29,5±35,9 к 49,2±49,3 ($p\leq0,05$).

Уровень Алат на пятые сутки в основной группе был достоверно ниже, и составлял 101,1±96,5, в контрольной – 151±89,6 ($p\leq0,05$). Отмечено статистически значимое снижение и уровня Асат к пятым суткам: в основной группе – 68±71,5, в контрольной – 122±74,7 ($p\leq0,05$).

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 14 пациентов контрольной группы (38,9%) и 5 пациентов основной группы (12,5%). В основной группе количество осложнений достоверно ниже ($p\leq0,05$).

Летальные исходы имели место у двух больных (5,5%) контрольной группы (причиной явилась несостоятельности ХДА и перитонит у одного больного, у другого – двусторонняя плевропневмония). В основной группе умер один (2,5%) пациент (гемобилия). Статистических различий по данному критерию не выявлено ($p>0,05$).

Выводы. Внедрение двухэтапного комбинированного лечения, у больных с механической желтухой на фоне желчнокаменной болезни, позволяет в более короткие сроки снизить билирубин и трансаминазы в крови, уменьшить количество послеоперационных осложнений.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Пирназаров Дж.М.

Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения острого послеоперационного деструктивного панкреатита (ОПДП)

Материалы и методы. Для лечения ОПДП в 52 наблюдениях эффективно применяли пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. Мужчин было 21 (40,4%), женщин – 31 (59,6%). Возраст больных варьировал в пределах от 28 до 71 лет. ОПДП развился после различныхпо характеру и объёму оперативных вмешательств. Так, в 24 (46,1%) случаях ОДПП развилось после оперативных вмешательств на желчевыводящих путей, в 16 (30,8%) – после операций на двенадцатиперстной кишке и желудке по поводу осложненной язвенной болезни и в 12 (23,1%) наблюдениях – после выполнения транспапиллярных эндоскопических вмешательств. Для диагностики и лечения ОПДП больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Наличие ОПДП в 78% случаев устанавливали на основании повышения уровня амилазы, СРБ и прокальцитонина. Ведущими лучевыми методами диагностики ОПДП являлись УЗИ и КТ, которые позволили в 89% наблюдений выявить наличие жидкостных скоплений, отёка и деструктивных изменений в поджелудочной железе, а также изменения размеров и контуров поджелудочной железы.

Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем выполнили у 34 больных под местной анестезией при жидкостных скоплениях брюшной полости и забрюшинного пространства, не содержащих секвестров. Проблема лечения ОПДП с наличием секвестров привела нас к внедрению в клиническую практику методики минидоступа под интраоперационной УЗ-навигацией, в 18 (34,6%) случаях позволяющая при этом одномоментно удалять не только жидкую часть, но и тканевой детрит. Представленная методика была весьма эффективной за счет адекватного дренирования парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, позволило значительно снизить частоты повторных вмешательств, снижения раневых осложнений.

Применение пункционно-дренирующих вмешательств и оперативных вмешательств из мини-доступа под УЗ-контролем позволило существенным образом снизить частоту летальности с 25% до 6,8%.

Заключение. Применение малоинвазивных этапных вмешательств под УЗ-контролем позволяет улучшить результаты лечения больных с ОПДП.

ЭХОКОНТРОЛИРУЕМЫЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения доброкачественной механической желтухи (ДМЖ).

Материалы и методы. В клинике на лечении находилось 149 больных с ДМЖ. Мужчин было 42 (28,2%), женщин – 98 (71,8%). Возраст больных составил от 21 до 84 лет. Причинами ДМЖ являлись: холедохолитиаз (n=80), рубцовая стриктура желчных протоков (n=20) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=15), а также рестеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (n=10) и хронический панкреатит (n=15). По тяжести желтухи больные распределились следующим образом: в 57 (38,3%) наблюдениях ДМЖ была легкой степени, в 64 (42,9%) – средней тяжести и в 28 (18,8%) – тяжелой степени.

Для диагностики ДМЖ больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Комплексное УЗИ в 92% наблюдений позволило диагностировать причины развития МЖ, её локализации. ЭРХПГ и ЭПСТ в 97% наблюдений оказались высокоинформативными методами в 29 (19,4%) наблюдениях позволили корригировать причину ДМЖ. Для диагностики локализации и причины ДМЖ в 38 (25,5%) наблюдениях выполняли чрескожно-чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ) с последующим наружным отведением желчи.

Двухэтапные методики лечения ДМЖ были выполнены в 67 наблюдениях. На первом этапе выполнены эхоконтролируемые (n=38) и эндоскопические (n=29) методики разрешения ДМЖ. В 42 наблюдениях при выполнении этих методик на завершающем этапе операции выполняли литоэкстракцию (n=19) и стентирование зоны сужения (n=23) желчных протоков. На первом этапе в 30 (20,1%) случаях выполняли лапароскопическую холецистэктомию, а в 37 (24,8%) холецистэктомию из минилапаротомного доступа.

Послеоперационные осложнения имели место в 14 наблюдениях, причинами которых являлись: желчеистечение (n=5), кровотечение (n=3), миграция стента (n=2), послеоперационный панкреатит (n=4). Летальные исходы были в 3 случаях.

Заключение. Эхоконтролируемые и эндоскопические методы декомпрессии желчных протоков являются эффективными методами лечения ДМЖ.

ЭХОКОНТРОЛИРУЕМЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Курбонов К.М., Азизов З.Р., Назирбоев К.Р., Муродов У.К.

Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексного лечения 56 больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями (ПВО) с использованием эхоконтролируемых пункционно-дренирующих вмешательств (ЭПДВ). Мужчин было 38 (67,8%), женщин – 18 (32,2%). Возраст больных составил от 21 до 68 лет. ПВО развились после оперативных вмешательств на печени (n=12), желчевыводящих путях (n=18), поджелудочной железе (n=15), а также желудка и двенадцатиперстной кишки (n=11).

Для диагностики ПВО больным проводили клинико-лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты. Комплексное УЗИ, а также МРТ позволили в 98% наблюдений выявить характер ПВО. Так, в 29 (51,8%) наблюдениях дренировали над- и подпеченочные абсцессы, в 18 (32,1%) – биломы и в 9 (16,1%) – жидкостные скопления вокруг поджелудочной железы и в малом тазу. ЭПДВ осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы “Toshiba” с применением конвекционного датчика частотой 2-5 МГц. Использовали иглы фирмы “Balton” и “Rusch” (16-20 G) и дренажи (6-16 F). Вмешательства всегда осуществляли методом “hand brec”, что позволяло проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории. Пункцию осуществляли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объёма (n=28). Далее аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии больших жидкостных скоплений объёмом более 500 мл и более, а также гнойных полостей предпочтение отдавали чрескожному дренированию. В послеоперационном периоде проводили динамический визуальный и УЗ-мониторинг объёма отделяемого по дренажам и полости, а также проводили бактериологическое и цитологическое исследования. Сроки дренирования зависели от скорости очищения от гнойно-некротических масс и объёма остаточной полости. Послеоперационные осложнения возникли у 9 (16,1%) больных с 3 (5,3%) летальными исходами.

Заключение. ЭПВД при ПВО позволяет в значительной степени снизить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов.

МЕТОДОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОДХОДОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Кузнецов А.И.,
Филин А.В., Алиев А.К.

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Самым частым осложнением злокачественных опухолей гепатопанкреатодуоденальной (ГПДЗ) зоны является блок желчевыводящих протоков (ЖВП) и развитие синдрома механической желтухи (МЖ). Учитывая, что резектабельность опухолей ГПДЗ не превышает 30%, а применение паллиативных общехирургических методов билиарной декомпрессии сопровождается высокой частотой осложнений и летальности, практический интерес представляет методологическое обоснование применения минимальноинвазивных лечебных подходов декомпрессии ЖВП.

Представлен анализ результатов обследования и хирургического лечения 268 больных с МЖ опухолевого генеза. Большинство больных принадлежали к пожилой и старческой возрастным группам: 70% и 6,8% соответственно. Учитывали тяжесть общесоматического состояния больных по шкале ASA, градацию механической желтухи по классификации Э.И. Гальперина, анатомический уровень блока ВЖП по данным УЗИ, магнитно-резонансной и эндоскопической холангиопанкреатикографии.

Основными причинами МЖ были рак головки поджелудочной железы у 58,5% больных, рак внепеченочных желчных протоков – у 22,6%, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 9,6%, метастатическое поражение печени и лимфатических узлов гепатодуоденальной связки – у 9,3%. Общесоматическое состояние по шкале ASA III – IV балла было у 74,3% больных, механическая желтуха 3 балла и более – у 72,0%. Блок ЖВП на уровне холедоха выявлен у 78,8% пациентов, общего печеночного протока до конфлюенса – у 8,3%, конфлюенса и выше с распространением на долевые протоки – у 12,9%. Результаты дооперационного обследования позволили разделить больных с учетом предпринятого способа желчной декомпрессии на 3 основных группы:

1) эндоскопического стентирования (ЭС) – 47,6%;
2) холецистостомии (ХС) – 24,2%;
3) чрескожно-чреспеченочного дренирования (ЧЧД) – 14,2%.

В случае неэффективности попытки дренирования ЖВП выбранным способом у отдельных больных применяли комбинированные методики.

Установлено, что ЭС было максимально эффективно при блоке на уровне холедоха и общего печеночного протока. ЧЧД целесообразно в качестве основного способа декомпрессии ЖВП при блоке на уровне долевых и сегментарных протоков, когда разрешить МЖ ретроградным способом технически не представляется возможным. Необходимость выполнения ХС обоснована на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи для больных выраженной МЖ опухолевого генеза при блоке ниже уровня впадения пузырного протока. Необходимость выполнения комбинированного дренирования возникала у пациентов с блоком ЖВП на уровне конфлюенса и выше. Осложнения после применения малоинвазивных методов дренирования ЖВП, потребовавшие оперативного лечения, отмечены только после ЧЧД и ХС у 5% больных в виде желчеистечения в брюшную либо плевральную полости, которые требовали выполнения санации и наружного дренирования соответствующей полости. Летальность составила 0,7%. Аргументированное применение минимальноинвазивных лечебных подходов декомпрессии ЖВП позволило разрешить МЖ у 72,8% больных нерезектабельными опухолями ГПДЗ и подготовить к радикальному хирургическому вмешательству 27,2%

Заключение. Использование представленной методологии позволяет решать вопросы обоснованного выбора рационального варианта декомпрессии ЖВП при механической желтухе опухолевого генеза и достигать хороших результатов с минимальным количеством осложнений и лучшим качеством жизни у подавляющего числа больных.

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Рамишвили В.Ш., Мыльников А.Г., Чжао А.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ «Городская клиническая больница» ДЗ г. Москвы, Россия

Введение. Опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны, на ранней стадии не имея клинических проявлений, чаще всего диагностируются при развитии симптомов обструкции желчных протоков. Радикальная операция в таких случаях не всегда возможна или же выполнима только после устранения механической желтухи. С целью как окончательного, так и предоперационного билиарного дренирования применяют антеградный и ретроградный методы. Каждый из них обладает своими достоинствами и ограничениями.

Цель исследования: определить место эндоскопического способа билиарной декомпрессии в лечении пациентов со злокачественными стриктурами гепатопанкреатобилиарной зоны.

Материалы и методы. Определение эффективности и роли эндоскопического стентирования проводилось на основании анализа международных рекомендаций, изучения зарубежной и отечественной литературы, а также собственного опыта. В исследование включены 212 пациентов с дистальным билиарным блоком (рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, рак БДС) и 112 пациентов с проксимальным билиарным блоком (опухоль Клатскина, метастазы в лимфоузлы ворот печени, рак желчного пузыря, гепатоцеллюлярный рак).

Было выполнено 392 ретроградных вмешательства у 321 больного:
- назобилиарное дренирование (гепатикохоледох) – 59;
- установка пластикового стента (гепатикохоледох) – 133;
- установка металлического стента (гепатикохоледох) – 71;
- назобилиарное дренирование (унилатерально) – 30;
- установка пластикового стента (унилатерально) – 9;
- установка металлического стента (унилатерально) – 19;
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билатерально) – 10;
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) – 7;
- 2 пластиковых стента (билатерально) – 10;
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) – 51;
- 3 металлических стента (трилатерально) – 3.

С целью предоперационного дренирования выполняли установку назобилиарных дренажей и пластиковых стентов. При паллиативном вмешательстве в случае ожидаемой продолжительности жизни менее 3-4 месяцев имплантировали пластиковые стенты, в остальных ситуациях стремились к установке металлических стентов. В зависимости от уровня блока использовали один или несколько стентов.

Результаты. Ретроградное вмешательство предпринято у 329 пациентов со злокачественной билиарной обструкцией. Стентирование выполнить не удалось у 8 пациентов (ввиду невозможности доступа к БДС – у 5, техническая неудача – у 32). Таким образом, технический успех составил 99% (при дистальном билиарном блоке 99%, при проксимальном – 99%). Клинический успех достигнут у 292 (91%) пациентов (при дистальном билиарном блоке 93%, при проксимальном – 87%).

Летальность составила 9% (при дистальном билиарном блоке 7%, при проксимальном – 13%) и не была связана непосредственно с вмешательством. Подавляющему большинству умерших пациентов вме-

шательство производилось с паллиативной целью. Смерть наступила от продолжающейся печеночной недостаточности на фоне 4-ой стадии онкологического процесса.

Были отмечены следующие осложнения: панкреатит – 0,9%, кровотечение – 1,2%, перфорация двенадцатиперстной кишки – 0,3%, инфекционные – 6,5%, дисфункция стента – 3,4%.

Заключение. Эндоскопическое стентирование является эффективным методом восстановления билиарной проходимости у пациентов со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Успех этого сложного вмешательства предопределяется опытом специалиста, наличием соответствующего оснащения, а также грамотным ведением пациентов до и после процедуры.

ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗ-НАВИГАЦИЕЙ

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Султанова Р.С., Гасанов А.Г., Магомедова С.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Непаразитарные кисты печени выявляются у 1% населения. Основным методом диагностики кист печени является УЗИ. Киста может быть солитарной и нередко встречается поликистоз печени. При них могут быть и осложнения, такие как: нагноение, кровотечение в полость кисты, либо в свободную брюшную полость вследствие ее разрыва, механическая желтуха, печеночная недостаточность. Наличие кистозных образований в печени настораживает врача и, зачастую, требует у хирурга решения вопроса.

Цель исследования: оценить возможность и эффективность лечения непаразитарных кистозных образований печени перкутанной пункцией и склеротерапией под УЗ-навигацией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 86 пациентов с непаразитарными кистами печени. Солитарные кисты отмечены в 60(72,0%) наблюдениях, множественные – в 26(28,0%). В 55(64,3%) случаях диаметр кист не превышал 5,0 см; в 22(25,3%) – от5,0 до 10,0 см; в 7(8,1%) – от 10,0 до 20,0 см и в 2 (2,3%) случаях диаметр превышал более 20,0 см. Для пункции кисты использовали троакарный стилет (диаметр – 0,38 дюйм) и доставочная канюля. В качестве склерозанта использован 96% этанол. Результаты. Реализовать пункционно – склерозирующий метод лечения удалось у 52(60,1%) пациентов. Интраоперационные осложнения были отмечены в 2 случаях (3,8%). Рецидив кисты после проведенной склеротерапии отмечен у 5(9,6%) пациентов. Общее осложнение, связанное с действием склерозанта на организм в виде повышения температуры тела и активации печеночных трансаминаз имелись у 1 (1,9%) пациентов.

Заключение. Пункционно-склерозирующий способ лечения непаразитарных кист печени под УЗ-навигацией является наиболее щадящим, эффективным и малозатратным методом. Кроме того, он имеет хороший косметический эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕГРАДНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Скороваров А.С., Абдурашидов Г.А., Меджидов Ш.Р., Магомедова С.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Ежегодно отмечается рост количества пациентов с механической желтухой, особенно опухолевого генеза. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение двухэтапной тактике лечения, то есть декомпрессия билиарного тракта (БТ) на первом этапе, радикальная либо паллиативная операция на втором.

Цель исследования: оценить эффективность антеградной декомпрессии при механической желтухе.

Материалы и методы. За последние 5 лет в гепатоэндоскопическом отделении Республиканской клинической больницы прошли обследование и лечение 813 пациентов с механической желтухой, из них двухэтапная тактика лечения была произведена в 409 (49,0%) наблюдениях и антеградная декомпрессия БТ произведена в 285 (69,6%) случаях. Наружное дренирование выполнено в 239(84,0%) наблюдениях, наружно-внутреннее – 42 (14,6%), стентирование БТ – 4 (1,4%). Для проведения антеградной декомпрессии БТ использованы такие технические средства, как: УЗ-аппарат, рентгенустановка С- дуга, комплект для проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) фирмы «СООК», билиарный стент. Результаты. Неудачная попытка проведения ЧЧХС отмечена в 8 (2,8%) наблюдениях. Гемобилия, которая потребовала проведения лечебных мероприятий имелась в 15 (5,2%) случаях, дислокация катетера отмечена в 8 (2,8%), антеградная декомпрессия оказалось неэффективной в 7 (2,5%). Второй этап оперативного лечения проведен в 231 (81,0%) наблюдении, из них радикальная операция выполнена в 89 (38,5%), паллиативная – 142 (61,5%). Наружное либо наружно-внутреннее дренирование БТ явились окончательными лечебными мероприятиями у 52 (18,2%) пациентов. Постдекомпрессионные синдромы развились у 16 (5,6%) пациентов. После антеградной декомпрессии БТ умерло 2 (0,7%) пациента, причина – печеночная недостаточность.

Заключение. Антеградная декомпрессия БТ является универсальным способом разрешения холестаза на первом этапе лечения пациентов с механической желтухой и можно выполнять при всех формах обструкции БТ. При наружно-внутренней декомпрессии реже встречаются постдекомпрессионные синдромы. Наиболее удобными для антеградной декомпрессии БТ являются устройства фирмы «СООК».

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Назирбоев К.Р., Курбонов К.М., Муродов У.К.

Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым холецистом (ОХ), осложненного холедохолитиазом и механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лапароскопических и эндоскопических вмешательств у 87 больных ОХ (возраст больных варьировал в пределах от 18 до 90 лет), осложненного холедохолитиазом и МЖ. Мужчин было 27 (31,0%), женщин – 60 (59,0%). Острый простой холецистит имел место у 34 (39,1%) больных, флегмонозный – у 38 (43,7%), гангренозный – у 15 (17,2%). Холедохолитиаз выявлен у 52 (59,8%), МЖ вследствие стриктуры БС ДПК – у 35 (40,2%) больных.

Для диагностики ОХ, осложненного холедохолитиазом и МЖ, больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования – УЗИ, МРТ, ЭРХПГ и ФГДС.

Результаты. Комплексное лечение ОХ, осложненного холедохолитиазом и МЖ, зависело от тяжести патологического процесса, выраженности патоморфологических изменений в желчном пузыре, выраженности обструктивной желтухи и её причины, а также данных неинвазивных и инвазивных методов до- и интраоперационной визуализации. В 39 (44,8%) наблюдениях при превалировании деструктивных процессов в желчном пузыре и слабой выраженности МЖ на первом этапе выполняли видеолапароскопическую холецистэктомию (n=19) и холецистэктомию из мини-доступа (n=20) с холедохолитотомией и формированием холедоходуоденоанастомоза, либо ЭПСТ с литоэкстракцией (n=10). В 48 (55,1%) случаях на первом этапе выполняли ретроградные эндоскопические вмешательства (n=31) с литоэкстракцией и эхоконтролируемые ЧЧХ со стентированием (n=17). На втором этапе лапароскопическую холецистэктомию выполняли в 29 случаях, холецистэктомию из мини-доступа – в 19 (21,8%).

Послеоперационные осложнения наблюдали в 12 случаях с 2 летальными исходами.

Заключение. Двухэтапные малоинвазивные вмешательства являются эффективными методами лечения ОХ, осложненного холедохолитиазом и МЖ.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Нуритдинов У.С.

АО «Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ выживаемость больных циррозом печени и оценить эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза

Материалы и методы. Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включено 449 больных цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ), поступивших с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) или угрозой его рецидива за период с 1996 по 2015 годы. Все больные были распределены на 2 группы исследования. В основную группу вошли 239 больных, получавших лечение за период с 2010 по 2015 годы, в контрольную группу – 210 больных за период с 1996 по 2010 гг.

Результаты. Проведенный анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) в основной группе. При этапной тактике с выполнением портосистемного шунтирования (ПСШ) после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45)и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечено в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) в основной группе. В свою очередь при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, где не проводились никакие эндоскопические вмешательства и пациенты получали только консервативную терапию только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет малоэффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Заключение. Современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике, с сочетанием миниинвазивных и традиционных декомпрессивных вмешательств, позволили увеличить показатели выживаемости больных в сроки до 1 года – с 80% до 88% и к 3 годам наблюдения – с 42% до 64%.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЭТАПАХ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ – ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р.

АО «Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить роль эндоскопических технологий на этапах радикальной коррекции портальной гипертензии – портосистемного шунтирования (ПСШ). Основной задачей для анализа явилась

оценка возможности выполнения ПСШ у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) в ближайшие сроки после кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ПСШ у 161 пациента с ЦП и ПГ, наблюдавшихся в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 2005 по 2015 гг. Больные были разделены на две группы. В основную группу включено 76 больных поступивших в экстренном порядке с клиникой пищеводного кровотечения. В контрольную группу включено 85 пациентов с неоднократным кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе (от 3-х месяцев до 2-х лет).

Результаты. У больных ЦП с высоким исходным портальным давлением и кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе наложение селективных и центральных парциальных типов шунтирования повышает вероятность развития рецидива кровотечения в постшунтовой период до 11,2%, что связано с начальным перераспределением портального кровотока на фоне парциальной декомпрессии и прогрессированием гастропатии. Эффективные эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из ВРВПЖ позволяют стабилизировать функциональный статус гепатоцитов и после короткого периода реабилитации выполнить ПСШ, в целях долгосрочной профилактики рецидива геморрагического синдрома.

Выводы. При рецидиве кровотечения из ВРВПЖ после выполнения ПСШ, в этиологической структуре только 22,2% приходится на тромбоз анастомоза и 77,8% на парциальную декомпрессию и остаточное портальное давление в совокупности с прогрессированием гастропатии на фоне ЦП. Эффективность эндоскопических вмешательств при рецидиве кровотечения из ВРВПЖ на фоне функционирующего ПСШ составляет 92,9%.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А., Отомуратов Д.Х., Мирзаев У.М., Мухаммедов Б.З.

АО «Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследовнаия: определить роль чрескожных эндобилиарных вмешательств в хирургическом лечении проксимальных опухолей внепеченочных желчных протоков (ОПЖП).

Материалы и методы. В период с 1995 г. по настоящее время чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена у 106 больных с синдромом механической желтухи, возникшей вследствие обструкции гепатикохоледоха ОПЖП. При выполнении чрескожно-чреспеченочных вмешательств были использованы катетеры типа “Пигтейл” диаметрами 6F и 9F.

Результаты. Из 106 больных с ОПЖП в 52 (49%) случаях по данным клинического обследования, КТ и УЗИ выявлены распространенные формы заболевания. В связи с чем, в 38 (73%) случаях выполнено наружно-внутреннее дренирование и 14 (27%) больным выполнено эндопротезирование через ЧЧХС.

У 54 (51%) больных выполнено наружное дренирование желчных протоков с целью декомпрессии и уменьшения печеночной недостаточности в предоперационном периоде, как этап подготовки к радикальным операциям. Наряду с деком-прессивными мероприятиями больным проведена также дезинтоксикационная, ин-фузионая и гепатотропная терапия. В результате проведенного лечения у больных уменьшились явления острой печеночной недостаточности, снизились показатели билирубина крови и оперативные вмешательства проведены в более благоприятный период.

Заключение. Чрескожные эндобилиарные вмешательства у больных с ОПЖП, осложненными механической желтухой позволили вывести па-циентов из критического состояния, а у части больных выполнить радикальные оперативные вмешательства в более благоприятный период.

При распространенных формах заболевания и у больных с противопоказаниями к радикальным оперативным вмешательствам применение ЧЧХС, при возможности с эндопротезированием, является единственным методом помощи этой категории больных.

ЭНДОХИРУРГИЯ ЭХИНОКОКОКОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНЫМИ СВИЩАМИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К.

АО «Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В период с января 1996 г. в отделении хирургии печени и желчных путей наряду с традиционными способами хирургического лечения кист печени стали впервые применять эндовизуальную технику. Малоинвазивная технология применена у 86 больных, из них мужчин – 30 (34,9%), женщин – 56 (65,1%), возраст варьировал в пределах от 12 до 50 лет.

Использована техника PAIR – “пункция-аспирация-инъекция-респирация”. Пункция кисты выполняется через печеночную ткань с целью профилактики попадания содержимого кисты в брюшную полость, либо специальным троакаром-присоской, представляющим собой троакар со стилетом и пункционной иглой. После ее полного опорожнения и отсутствия следов желчи, при помощи аквапуратора вводится двукратно 76% этиловый спирт, затем 20-30% раствор натрия хлорида, а при наличии желчного свища – стерильный концентрированный глицерин с целью предупреждения развития склерозирующего холангита. После опорожнения кисты при помощи монополярного электрода (крючок или лопаточка) рассекается фиброзная капсула не более 10-11 мм, для соответствия кистотомического отверстия с диаметром трубки вакуум-отсоса. Далее, хитиновая оболочка отделяется от фиброзной капсулы и при помощи электроотсоса удаляется оставшаяся жидкость из полости, и с помощью мощного вакуум-аспиратора через 10 мм трубку хитиновая оболочка эвакуируется из брюшной полости. Далее, проводили эндовидеоскопию остаточной полости на наличие желчных свищей, фрагментов хитиновой оболочки. У 6 больных при эндовидеоскопии остаточной полости удалось выявить желчные свищи. В 3 случаях выполнили контактную диатермокоагуляцию шаровидным электродом желчного свища, диаметр которого не превышал 0,1 см. В двух случаях желчный свищ диаметром до 0,2 см располагался в области дна в виде сосочка, на который удалось наложить две 5 мм титановые клипсы на всем его протяжении. В одном случае произвели ушивание желчного свща. Во всех наблюдениях в послеоперационном периоде желчеистечение отсутствовало.

Далее, после ревизии остаточной полости, фиброзная капсула дважды обрабатывается турундой, смоченными растворами перекиси водорода, спирта, йода, а при относительно больших размерах при помощи шприца заполняем 2/3 объема её полости данными растворами.

Остаточную полость ликвидировали ушиванием, путем наложения нескольких интракорпоральных узлов, при небольших кистах у 14 больных, кроме того, предпочтение отдавали частичной (16) или максимальной (38) перицистэктомии, особенно при плотной, ригидной фиброзной капсуле.

По характеру и количеству отделяемого по дренажам из остаточной полости мы оценивали степень возможных воспалительных изменений в зоне вмешательства, а также устанавливали сроки удаления дренажей. При контрольном УЗИ размеры остаточной полости не превышали 10% от первоначального объема кисты. У всех больных отделяемое по дренажам имело серозный характер без признаков инфицирования и только в одном наблюдении отмечалась примесь желчи. Желчеистечение до 15-20 мл за сутки по дренажной трубке, установленной в остаточной полости отмечено у 1 больной. Интраоперационно у данной больной при видеоэндоскопии остаточной полости желчные свищи выявлены не были.

Заключение. При солитарных эхинококковых кистах небольших размеров, в арсенале различных методических и технических приемов, возможно присутствие эндовизуальных технологий. По своей эффективности видеолапароскопические методы не уступают традиционным методам, наряду с тем являясь менее травматичным, сопровождаются лучшими отдаленными результатами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫХ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Нартайлаков М.А., Соколов С.В., Логинов М.О.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

Актуальность. По данным Гальперина Э.И. с соавт., до 10% населения мира страдают заболеваниями, вызывающими механическую желтуху. Послеоперационная летальность среди больных с неопухолевой желтухой составляет 5,6-6,3%, а у больных с опухолевой желтухой – 10,6 – 25,7%.

Цель исслдеования: улучшить результаты лечения больных с механической желтухой различного генеза путем ретроспективного анализа клинического материала и данных, полученных в ходе исследования, для разработки оптимальных сроков декомпрессии желчных протоков и внедрения методов снижения осложнений чрескожных чреспеченочных рентгенэндобилиарных вмешательств (ЧЧРВ).

Материалы и методы. Клинический материал представляет собой ретроспективный анализ хирургического лечения 365 пациентов, которые были разделены на две группы: I группа – 100 (27,4%) пациентов с механической желтухой до внедрения ЧЧРВ и II группа – 265 (72,6%) больных, перенесших дооперационные ЧЧРВ по поводу механической желтухи. У всех пациентов отмечали явления печеночной недостаточности (ПН). Выраженность ПН оценивалась в баллах по Федорову В.Д. с соавт.

Результаты. В 1 группе больных ПН легкой степени была отмечена в 8 (8,0%), средней – в 41 (41,0%), тяжелой – в 51 (51,0%) случаях. После проведения оперативного вмешательства у пациентов первой группы различные осложнения возникли у 17 (17%) человек, летальность составила 11,0%, что, прежде всего, было связано с тяжестью ПН. Во II группе к моменту выполнения ЧЧРВ легкая степень печеночной недостаточности была выявлена у 18 (6,8%), средняя – у 103 (38,9%), тяжелая – у 144 (54,3%) пациентов. Оперативное лечение пациентам II группы проводилось после стабилизации состояния (ПН легкой степени). Различные осложнения после оперативного лечения развились у 24 (9,1%) пациентов, а летальность составила 6,0% (16 больных).

Выводы. Применение предварительного (дооперационного) дренирования и декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой способствует устранению желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, что позволило снизить послеоперационные осложнения с 17,0% до 9,1%, а летальность – с 11,0% до 6,0%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТРОГРАДНЫХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Нишневич Е.В., Алексейцев А.В., Мерсаидова К.И., Эккельман В.Е., Вагин П.В., Комарова Т.И.

МАУ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург, Россия
Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 1521 пациентов с заболеваниями органов ГПДЗ, осложнёнными механической желтухой, которым были выполнены различные виды эндоскопических транспапиллярных ретроградных вмешательств. Причиной обструкции явились различные осложнения желчнокаменной болезни – холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, синдром Мирризи – у 1304 (86%) пациентов. Оперативное лечение по поводу злокачественных заболеваний ГПДЗ получали 217 (14%) пациентов. Мы выполнили 1726 вмешательств: ЭПСТ – 1212 (70,2%), ретроградных стентирований желчных протоков – 80 (5%), аденомэктомии – 4 (0,2%). Повторные литоэкстракции и иные транспапиллярные вмешательства были выполнены у 430 (25%) пациентов.

Результаты. Критерием эффективности вмешательства считали адекватное дренирование желчных протоков и купирование явлений холестаза. Транспапиллярные манипуляции оказались эффективными у 1192 (78%) пациентов. Билиарную обструкцию удалось устранить в результате однократного вмешательства у 845 (56%) пациентов. Для адекватной санации и дренирования протоковой системы потребовались повторные эндоскопические манипуляции у 347 (23%) больных.

Транспапиллярные вмешательства оказались неэффективными у 329 (22%) пациентов. Причинами неудач явились технические трудности при селективной катетеризации холедоха у 190 (12%) больных, у 139 (9%) больных не удалось выполнить холедохолитоэкстракцию из-за большого размера конкремента. Для лечения данных пациентов были использованы иные традиционные хирургические технологии – ЧЧХС, лапароскопические и открытые вмешательства.

Интра- и послеоперационные осложнения были отмечены в 120 (7%) случаях. Кровотечение из зоны папиллотомного разреза развилось у 63 (4%) пациентов, в 50 (3%) случаях вмешательство осложнилось послеоперационным панкреатитом. Вклинение корзинки с камнем в просвете холедоха при литоэкстракции произошло у 5 (0,3%) пациентов, что потребовало выполнения открытого оперативного вмешательства, ретродуоденальная перфорация произошла у 4 (0,2%).

Выводы. 1. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным методом лечения заболеваний органов ГПДЗ, осложнённых обструкцией желчных протоков, позволяют купировать явления холестаза и добиться адекватного дренирования желчных протоков, по нашим данным, в 78% случаев.

2. В клинике, занимающейся гепатобилиарной хирургией, должен использоваться полный арсенал необходимых хирургических и эндоскопических технологий.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ

Новиков С.В., Рогаль М.Л., Джаграев К.Р., Бояринов В.С.

ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Эхинококкоз цистный (*E. granulosus*) является доброкачественным заболеванием, но при прогрессировании процесса и развитии осложнений может становиться агрессивным и вызвать различные тяжелые поражения жизненно важных органов, инвалидизацию и даже смерть. Единственным радикальным методом лечения больных эхинококкозом печения является хирургический. Минимально инвазивные чрескожные хирургические вмешательства под контролем ультразвука при эхинококковых кистах печени применяются наравне с другими хирургическими методами.

Цель исслдеования: улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени за счет применения минимально инвазивных методов по ультразвуковым наведением.

Материалы и мкетоды. В период с 2010 по 2017 гг. оперировано 60 больных с эхинококковыми кистами печени, селезенки, почки. Помимо минимально инвазивного чрескожного метода, были произведены лапароскопические и традиционные вмешательства (закрытая эхинококкэктомия, перицистэктомия, радикальная эхинококкэктомия, модифицированная эхинококкэктомия с холоднoплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы). У всех больных диагноз был подтвержден морфологическим исследованием операционного материала.

Результаты. Была использована классификация ультразвуковых изображений эхинококковых кист, рекомендованную рабочей группой ВОЗ по эхинококкозу, основанной на базе ультразвуковых изображений различных типов эхинококковых кист (Gharbi H.A. и соавт.).

Минимально инвазивным вмешательствам под УЗИ подвергали эхинококковые кисты типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5. Для достижения сколецидного эффекта применяли гермициды: глицерин от 80%, гипохлорит натрия 1%, хлорид натрия от 20%.

Чрескожные вмешательства представлены тремя основными типами:

1) пункция, аспирация, введение гермицида (PAI);

2) пункция, аспирация, введение гермицида, реаспирация (PAIR);

3) дренирование, аспирация, введение гермицида, реаспирация, удаление оболочек (чрескожная эхинококкэктомия).

Чрескожными методами под ультразвуком оперировано 45 (75%) пациентов с кистами печени, селезенки, почки (чрескожная закрытая эхинококкэктомия – 40; PAIR – 5). Открыто (модифицированная перицистэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы) оперировано 14 (23%), лапароскопически – 1 (2%). Связь с желчными протоками выявлена в 6 (10%) случаях. Наружные желчные свищи были ликвидированы в процессе полной облитерации остаточной полости во всех случаях. В 5 (8%) случаях произошло нагноение остаточной полости в печени, которые ликвидированы дренированием под УЗИ и промыванием антисептиками. Чрескожную закрытую эхинококкэктомию под ультразвуковым наведением из печени применили у одного пациента одномоментно с 6-ю кистами в печени, трех с 5-ю кистами в печени, у двух – с 3-мя кистами в печени, у четырех – с 2-мя кистами в печени и у четырех пациентов с сочетанными кистами (печень, легкое, свободная брюшная полость). Так же минимально инвазив-ному лечению подверглись 2 пациента с большой (свыше 20 см) и гигантской (свыше 30 см) эхинококковыми кистами печени. Решение о выборе хирургической тактики принималось с учетом ультразвукового типа кист, наличие или отсутствие осложненных кист, распространением эхинококка на соседние органы. У одной пациентки после чрескожной обработки эхинококковой кисты выполнили лапароскопческую эхинококкэктомию.

Выводы. 1). Чрескожная эхинококкэктомия под ультразвуковым наведением, эффективна при эхинококковых кистах печени, селезенки, почки всех ультразвуковых типов.

2). Минимально инвазивные чрескожные методы под УЗИ предпочтительны при множественном, сочетанном и осложненном эхинококкозе.

3). После любого хирургического лечения эхинококковых кист требуется регулярное наблюдение с ультразвуковым контролем и определением динамики титра IgG в крови для своевременного выявления и лечения возможного рецидива.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Нурмаков А.Ж., Баймаханов А.Н., Нурмаков Д.А., Сарманов Н.Е.,
Надыров М.Т., Баймухамедов А.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Актуальность. На сегодняшний день единственным и радикальным методом лечения желчно-каменной болезни (ЖКБ) осложненной механической желтухой (МЖ) является хирургическое вмешательство, который направлен на ликвидацию причин препятствующей физиологическому току желчи. Однако, результат операции при этом зависит не только от безупречно проведенной операции, но и большое значение имеет послеоперационная коррекция биохимических и патофизиологических изменений организма (гомеостаз), а также степень печеночной недостаточности. Холестаз, желчная гипертензия, интоксикация порождают глубокие нарушения гомеостаза при МЖ и являются главными причинами неудовлетворительных результатов операции и послеоперационной летальности. Поэтому важных является профилактика таких нарушений и адекватное восстановление состояния гомеостаза в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В период 2014-2016 гг. проанализировано состояние некоторых показателей гомеостаза у 67 пациентов госпитализированных с диагнозом ЖКБ, осложненной МЖ, из них, мужчин было 27 (40,3%), женщин – 40 (59,7%), средний возраст – 50,8 лет. Сроки появления первых признаков желтухи до обращения в стационар составили от 6 до 21 дня.

Для постановки диагноза использовали лабораторно-инструментальные методы исследования: УЗИ, МРХПГ, КТ, ЭРХПГ и для определения гомеостаза изучали – общий билирубин, общий белок, холестерин, мочевину, креатинин, печеночные ферменты. Степень тяжести и класс МЖ определяли по классификации Э.И. Гальперина (2012). Причиной МЖ была разной: среди них более 60% случаев острый обтурационный холецистит сочетался с синдромом Мирризи – 3 (4,5%), холедохолитиазом – 19 (28,4%), холангитом – 21 (31,4%), стенозом терминального отдела холедоха – 9 (13,4%), панкреатитом – 11 (16,4%), причиной МЖ был резидуальный холедохолитиаз у 4 (5,9%) пациентов.

Результаты. Частота осложнений ЖКБ, глубина нарушений гомеостаза и степень тяжести МЖ находятся в прямой зависимости от продолжительности анамнеза заболевания и длительности камненосительства. При МЖ важным является выявление метаболических нарушений, определение функционального состояния внутренних органов, прежде всего печени. Они играют особую роль для определения степени тяжести МЖ, объема предоперационной подготовки планируемой операции, а также для контроля адекватности коррекции нарушения гомеостаза в послеоперационном периоде.

Учитывая высокую летальность при МЖ, лечение проводили щадящим способом, малоинвазивно и после предварительной подготовки. В основном лечение было направлено на ликвидацию холестаза, явление печеночной недостаточности с сочетанием комплексной консервативной терапией. Хирургические вмешательства было следующего характера: лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому – 6 (8,9%), открытая холецистэктомия с холедохолитотомией и декомпрессией внепеченочных желчных протоков – 37 (55,2%), эндоскопическое РХПГ+ПСТ+литоэкстракция – 21 (31,3%), стентирование – 3 (4,4%). Различные осложнения, связанные с хирургическим вмешательством встречались в 9 (13,4%) случаях, летального исхода не было.

Выводы. Результаты лечения ЖКБ осложненной МЖ, зависят от степени тяжести заболевания и длительности гипербилирубинемии, а также от своевременного выявления характера желтухи. Для снижения количества осложнений ЖКБ и летальности необходимо: в организационном плане шире внедрять мероприятия по ранней диагностике (скрининг) больных с факторами риска ЖКБ, которая позволяет распознать холелитиаз еще в доклинической стадии её развития и своевременно начать лечение; проводить поиск новых подходов для оптимизации и восстановления показателей гомеостаза, включение в комплекс послеоперационного лечения системной энзимотерапии, которое сочетает в себе несколько выгодных патогенетических и фармакологических эффектов.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИВАЗИВНЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В.А., Бужор С.П.

Молдавский государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинёв, Молдова

Несмотря на длительную историю борьбы с эхинококкозом в Молдове, эта проблема и сейчас не потеряла своей актуальности. В последнее время в республике отмечена тенденция к диагностике заболевания на ранних стадиях. В связи с совершенствованиям диагностической аппаратуры и проведением профилактической иммунодиагностики в эндемичных районах республики. Это в свою очередь позволило пересмотреть подходы к тактике хирургического лечения, более широкому использованию миниинвазивных и эндоскопических вмешательств.

Цель исследование: анализ преимуществ и недостатков новых миниинвазивных технологий в сравнении с традиционными методами лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2017 гг. в клинике оперировано 217 больных эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 74 лет. Мужчины – 121 (55,7%), женщины – 96 (44,3%). Солитарные кисты были у 167 (77%) больных, размер кист варьировал в пределах от 6 до 23 см.

Диагностический алгоритм включал полипозиционное УЗИ, КТ, серодиагностику, общеклинические и биохимические исследования.

Результаты. Впервые малоинвазивные вмешательства были выполнены в клинике 16 лет назад. Если в первые годы пункционный метод использовали в основном для лечения послеоперационных осложнений эхинококкоза – нагноение остаточной фиброзной полости, то в последние годы стали практиковать более широкое его использование в случаях небольших солитарных переферически-расположеных эхинококковых кист печени. Пункционно-аспирационное лечение было произведено 16 (7,4) пациентам. В предоперационном периоде на полипозиционном УЗИ измеряли размер кист и их объем с помощью встроенной програмной функции. В случае локализации кисты в близости от крупных кровеносных сосудов использовали доплерографию. Максимальный размер пунктируемых кист составил 7 см в диаметре. Осложнения после миниинвазивных вмешательств в виде нагноения остаточной фиброзной полости возникли у 1 пациента, их удалось разрешить медикаментозными средствами. Мониторинг облитерации остаточной фиброзной полости производили 1 раз в 4-6 месяцев до полного ее закрытия, далее – один раз в год.

Лапороскопическая эхинококкэктомия была произведена 24 (11%) пациентам с локализацией кист в 4-м, 5-м, 6-м сегментах печени. После тщательного обследования пациентов взвешивали показания и противопоказания к эндоскопическому вмешательству.

Предпочтение отдавали перекистэктомии, как методу, предупреждающему диссеминацию эхинококкоза. Она была произведена 15-ти больным. Открытая эхинококкэктомия выполнена в 9 случаях, важным моментом у этих пациентов было интраоперационное введение сколицидных препаратов в с более длительной экспозицией – до 20 мин. После вскрытия кисты хитиновая оболочка и дочерние пузыри удалялись в специальном контейнере с целью соблюдения апаразитарности. Остаточная фиброзная полость обрабатывалась диатермокоагулятором, пломбировалась прядью сальника с использованием клеевых композиций. В послеоперационном периоде незначительное желчеистечение отмечено у двух пациентов. Всем пациентам этой группы был проведен курс антипаразитарной терапии препаратом Эсказол в послеоперационном периоде.

Выводы. Использование миниинвазивных и эндоскопических вмешательств позволило минимизировать послеоперационные осложнения, сократить пребывание пациентов в стационаре в послеоперационном периоде в среднем до 4-х койко-дней.

ГИБРИДНЫЙ ТРАНСПЕЧЕНОЧНЫЙ ГЕПАТИКОАНАСТОМОЗ

Погребняков В.Ю., Шальнев В.А.

ФГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБУЗ Забайкальская краевая клиническая больница, Чита, Россия

Лечение больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков является одной из сложных проблем в биллиарной хирургии. Появление миниинвазивных технологий позволяет расширить возможности хирургического лечения и осуществить новые подходы к решению данной проблемы. В рамках данной сообщения мы приводим опыт гибридных операций и совместного мини- и традиционного оперативного лечения больных с высокими рубцовыми стриктурами желчных протоков.

Всего в наблюдение вошло 4 больных, имевших полную окклюзию общего печеночного протока (3) с переходом на зону конфлюэнса (1). В 3 случаях причиной заболевания явились ятрогенные повреждения при оперативном лечении, в одном – ножевое ранение. Все больные до поступления в клинику были неоднократно оперированны. При поступлении во всех случаях было проведено миниинвазивное транспеченочное наружное дренирование в связи с сопутствующей выраженной механической желтухой. После нормализации состояния больные категорически отказывались от направления в специализированные центры и расширенных вмешательств на печени, что явилось основанием для проведения сочетанного мини- и традиционного оперативного лечения с информированного согласия больных.

Операции проводили в условиях специализированной операционной, оснащенной рентгенотелевизионной установкой (С-дугой). Первым этапом проводили лапаротомию и выделяли висцеральную поверхность печени. Затем под рентгенотелевизионным наблюдением по технике “стилет-катетер” выводили на нее дренажи из желчных протоков через паренхиму печени. После этого выделяли петлю тонкой кишки

с анастомозом по Ру с погружением выведенных дренажей в отключенную петлю кишки и фиксацией ее к печени. Непосредственных операционных осложнений не было, больные выписывались на 7-10 сутки после операции. Через один-два месяца после оперативного лечения больные были вновь госпитализаровнны. В условиях рентгенооперационой по месту транспеченочного стояния дренажей им были установлены самораскрывающиеся стенты диаметром 8-10 мм. В одном случае использовали непокрытый стент, а в остальных – покрытый. Дренажи удаляли через один месяц.

В случае применения непокрытого стента через 1,5 года у пациента возникла полная обтурация стента за счет соединительнотканных грануляций, что потребовало повторного оперативного лечения с проведением реконстрктивной операции. Также в срок около полутора лет, у 1 больной зафиксировали развитие стеноза в стентах из-за инкрутации, что также потребовало реконструктивной операции. В 2 случаях больных наблюдали от 6 до 10 лет, жалоб не было, признаков рестеноза не наблюдалось.

Таким образом, использованные гибридные подходы показали возможность технического создания транспеченочного гепатикоеюноанастомоза. Однако, в целом, результаты, врядли, могут быть признаны удовлетворительными. Основная причина видится в отсутствии в настоящее время биосовместимых гепатотропных стентов, что не позволяет реально решить проблему стентирования желчных протоков.

ПРОБЛЕМЫ ЧРЕСКОЖНОГО ПУНКЦИОННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ

Погребняков В.Ю., Бердицкий А.А., Гончаров С.А.

ФГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБУЗ Забайкальская краевая клиническая больница, Чита, Россия

Одной из основных задач хирургического лечения хронического панкреатита с внутрипротоковой гипертензией является восстановление адекватного оттока панкреатического сока. Целью данного сообщения является ознакомление с проблемами, которые мы можем обозначить по собственным результатам пункционного стентирования стриктур ПП при хроническом панкратите.

В основе выбора больных для проведения пункционного стентирования учитывали следующие параметры: наличие клиники внутрипротоковой гипертензии в сочетании с расширенным панкреатическим протоком и ретенционным кистообразованием; неэффективность проводимых дренирующих вмешательств на кистах поджелудочной железы (ПЖ); наличие доказанных стенозов ПП при фистулографии; отсутствие эффекта от консервативной терапии и наличие относительных противопоказаний к традиционному оперативному лечению. Высказанные положения в немалой степени обусловили небольшое число наблюдений.

С учетов вышеуказанных критериев планировали стентирование у 31 больного. Следует отметить, что мы проводили стентирующие вмешательства не раннее чем через месяц после пункционного дренирования КПЖ и полного устранения симптомов сопутствующего обострения панкреатита. Восстановление проходимости панкреатического протока в течении 1-3 месяцев было зафиксировано у 8 (25,8%) больных в процессе подготовки к вмешательству на фоне проводимой терапии. В данных случаях мы считали проведение стентирования нецелесообразным.

Непосредственное проведение вмешательства с целью устранения стенозов ПП было предпринято у 23 больных и удалось успешно осуществить в 16 (69,6%) случаях.

Одной из причин технических неудач явилось отсутствие специального инструментального оснащения. В наших наблюдениях мы использовали в основном инструментарий, предназначенный для эндоваскулярных вмешательств, который не обладает достаточной жесткостью для работы в условиях выраженного склерозирования как ткани поджелудочной железы, так и непосредственно рубцовых стриктур панкреатических протоков. Данный фактор обусловил причину неуспеха предпринятого вмешательства в четырех случаях. В качестве другой проблемы мы считаем возможным выделить доступ к проведению вмешательства. По нашим наблюдениям, при переднем доступе технологически возможно провести адекватную установку стента только при стриктурах ПП в головке ПЖ. Это обусловлено тем, что одним из необходимых

оперативных приемов является надежная опорная функция проводника для проведения манипуляций, что достигается при его проведении через ПП в двенадцатиперстную кишку. Обеспечить данное условие при стенозах в области хвоста ПЖ не удается. Наряду с этим, передний доступ не позволяет провести бужирование стриктур ПП в теле поджелудочной железы, поскольку в данном случае имеется прямой угол вхождения в ПП. Попытка проведения бужирования стриктуры ПП на уровне тело-хвост ПЖ транслюмбальным доступом, предпринятая нами в одном наблюдении, была безуспешной.

У больных с установленными в ПП металлическими стентами сроки наблюдения составили от одного года до 6 лет (среднее 3,2±1,79). Во всех наблюдениях получен хороший клинический эффект, при контрольном обследовании признаки внутрипротоковой гипертензии отсутствовали.

Таким образом, полученные результаты по пункционному стентированию стенозов панкреатического протока металлическими стентами позволяют считать данную проблему далекой от разрешения.

ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Попов А.Ю., Лищишин В.Я., Петровский А.Н., Шевченко М.С., Вагин И.В., Замша Д.Г.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия

«Открытые» хирургические вмешательства, проводимые на высоте гипербилирубинемии сопровождаются большим числом осложнений (от 9,8% до 48,2%), а летальность – по данным различных авторов – достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции. Безусловно, приоритетными вмешательствами у пациентов с гипербилирубинемией являются малоинвазивные: эндоскопические ретроградные или чрезкожные чреспеченочные антеградные вмешательства, – также, как и другие хирургические операции, имеющие свои осложнения.

Цель исследования: проспективная оценка осложнений антеградных вмешательств у больных с механической желтухой.

Материалы и методы. В условиях нашего стационара в период с 2014 по 2016 гг. находились на лечении 1813 пациентов с синдромом механической желтухи; 802 пациентам (44,23%) потребовалось проведение чрескожных чреспеченочных дренирований желчевыводящих протоков (ЧЧХС). Показаниями к проведению антеградной декомпрессии желчевыводящих протоков явилась гипербилирубинемия у пациентов с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны 74,81%; желчно-каменная болезнь и её осложненные формы при безуспешной ретроградной декомпрессии 15,29%; индуративный панкреатит, доброкачественные стриктуры холедоха в 9,9% случаев.

Результаты. У 802 пациентов было выполнено 914 антеградных вмешательств. Отмечено 46 (5,03%) осложнений, которые были разделены на интраоперационные (внутрибрюшное кровотечение), ранние (до 14 суток послеоперационного периода): кровотечение; гемобилия, билома/гематома брюшной полости, острый послеоперационный панкреатит, септический шок на фоне холангита и/или синдрома билиарной декомперссии; и поздние (после 14 дней послеоперационного периода – как правило, после выписки пациента из стационара): миграция и/или обтурация дренажа с формированием наружного желчного свища и рецидивом механической желтухи.

Интраоперационных осложнений не наблюдали. Послеоперационный панкреатит (после наружно-внутреннего дренирования) – был отмечен у 10 (21,1%) пациентов; внутрибрюшные кровотечения – у 5 (10,86%) пациентов; билома брюшной полости, – у 1 (2,17%) пациента; гемобилия, тампонада билиарного дерева – у 3 (6,5%) пациентов; миграция/обтурация дренажей в позднем п/о периоде – – у 24 (52,17%) пациентов. У 3 (6,5%) пациентов после проведенного дренирования развился септический шок на фоне холангита; проводимой консервативной терапией удалось купировать развившееся осложнение у 2 больных. У 1 больного отмечалось формирование септических очагов в печени по типу холангиогенных абсцессов; пациент скончался от прогрессирующей ПОН на фоне сепсиса.

Выводы. Применение современных малоинвазивных методов лечения пациентов с синдромом механической желтухи позволяет значительно снизить уровень послеоперационной летальности и осложнений вмешательств, улучшить качество жизни пациентов.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Рогаль М.Л., Ермолов А.С., Шляховский И.А., Миронов А.В., Новиков С.В., Кузьмин А.М.

ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. В последнее десятилетие в России распространенность хронического панкреатита (ХП) среди взрослых достигла 27-50 случаев на 100000 населения. Выбор метода хирургического лечения ХП остается актуальной проблемой, и стабильно привлекает внимание хирургов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения ХП осложненного течения, путем диффе-ренцированного применения различных инвазивных вмешательств.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 гг. на лечении находились 370 пациентов с диагнозом «хронический панкреатит в стадии обострения». Консервативное лечение: инфузионная терапия, спазмолитики и анальгетические средства, заместительная ферментная и антибактериальная терапия, аналоги соматостатина, позволило добиться регресса воспалительного процесса у 291 (78,6%) пациента.

В 79 (21,4%) наблюдениях имело место осложненное течение ХП: компрессия интрапанкреатического отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ), панкреатическая протоковая гипертензия (ППГ), сдавление выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), псевдокисты поджелудочной железы (ПКПЖ) и парапанкреатические абсцессы (ПА), кровоизлияния в полость кист. Применены различные инвазивные методики лечения. В зависимости от вида инвазивного вмешательства было выделено три группы пациентов. К первой группе были отнесены 34 (43,0%) пациента, у которых были применены эндоскопические методы лечения: стентирование общего желчного протока (ОЖП) – 8, стентирование главного панкреатического протока (ГПП) – 7, эндоскопическая цистогастростомия (ЭЦГС) – 5, эндоскопическая дуоденоцистостомия (ЭДЦС) – 2, удаление стента из ГПП – 5, стентирование ГПП в сочетании с одномоментно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомией и стентированием холедоха – 6. Во вторую группу были включены 26 (32,9%) пациентов, которым были выполнены чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (ЧПДВ) под УЗ- и Rg-наведением: пункция жидкостных скоплений (ЖС) в области головки и тела поджелудочной железы (ПЖ) – 8, чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) – 1, дренирование ПКПЖ – 8, чрескожное трансгастральное дренирование ПКПЖ – 2, редренирование ПКПЖ – 4, замена дренажных трубок, секвестрэктомия из ПКПЖ под Rg-наведением – 1, чрескожное дренирование ПА – 1. Третью группу составили 19 (24,1%) пациентов, которым были произведены видеолапароскопические и традиционные хирургические вмешательства: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 6, дистальная резекция поджелудочной железы (ДРПЖ) – 6, операция Фрея – 1, видеолапароскопическое дренирование ПКПЖ – 2, лапаротомия, цис-тоэнтеростомия на отключенной по Ру петле тощей кишки – 1, лапаротомия, дренирование ПКПЖ – 3. В 2 случаях при кровотечении в полость ПКПЖ применена эндоваскулярная эмболизация.

Результаты. Эндоскопическое стентирование ОЖП и ГПП позволило добиться ликвидации билиарного блока и ППГ в 95,4% наблюдений. В 1 наблюдении выполнена ЧЧХС под УЗ- и Rg-наведением. ЭЦГС и ДЦС в 7 случаях позволили ликвидировать ПКПЖ.

Выводы. Для устранения жизнеопасных осложнений ХП в 21,4% наблюдений использованы инвазивные способы лечения, выбор которых зависел от состояния желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы, объема поражения ее паренхимы, структуры кист и их анатомических взаимоотношений с желудком и ДПК.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Рогаль М.Л., Смоляр А.Н., Черная Н.Р., Джграев К.Р., Коков Л.С.

ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Последние годы эндоваскулярные вмешательства (ЭВ) применяют все чаще, однако их роль у пациентов с заболеваниями и травмой печени еще не определена.

Цель исследования: анализ результатов ЭВ при заболеваниях и травме печени.

Материалы и методы. В пеиод с 2011 по 2016 годы в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 30 больным с заболеванием или травмой печени было выполнено 49 ЭВ. Группа больных представлена 23 мужчинами и 7 женщинами средним возрастом 59 лет. Наиболее частым заболеванием был гепатоцелюллярный рак (ГЦР, n=14), у одного больного он сочетался с артериовенозным соустьем (АВС), у другого развился в трансплантате печени. Метастатическое поражение печени (МПП) было у 5 больных. Доброкачественное заболевание имело место у 6 больных. Из них сосудистые мальформации (кавернома печени, болезнь Рандю-Ослера, АВС неизвестного генеза) были у трех. Абсцесс печени, осложненный кровотечением, диагностирован у двух больных, цирроз печени с портальной гипертензией у одной. У 4 пострадавших была закрытая травма живота с повреждением печени, у одного – огнестрельное ранение печени.

Выполнено 46 аортоартериографий, две кавграфии и одна портография. Целью ЭВ у больных ГЦР и МПП была катетеризация общей или собственной печеночной артерии или ее правой ветви для дальнейшего проведения химиотерапии (химиоэмболизации) по назначению онколога. Тринадцати больным выполнили по одной процедуре, трем – по две, одному – три, двум – по шесть. При доброкачественном заболевании печени ЭВ проводили для подтверждения диагноза и исключения АВС из кровообращения, а при травме – для остановки кровотечения. Десяти больным выполнили по одной процедуре, одной больной – две. Одной больной циррозом печени, осложненным портальной гипертензией, выполнили трансюгулярное портосистемное шунтирование, а через 6 месяцев – реолитическую тромбэктомию, баллонную ангиопластику, стентирование шунта и эмболизацию левой желудочной вены. Еще одной больной с МПП выполнили портографию и эмболизацию ветвей воротной вены.

Результаты. Из 34 ЭВ, выполненных больным злокачественными заболеваниями, технический успех достигнут в 18 (52,9%). Доля успешных ЭВ снижалась при повторных процедурах (50% у больных, которым выполнили по 2 ЭВ, 25% у больных с шестью вмешательствами), что было обусловлено стенозом или окклюзией «целевого» сосуда. Этим больным при повторных ЭВ катетеризировали сосуд, проксимальный по отношению к «целевому». Только одной пациентке не удалось завести катетер даже в чревный ствол. При доброкачественных заболеваниях выполнили 12 ЭВ, 8 из них (66,7%) были успешны. У 4 пострадавших ЭВ (в том числе одно повторное) было безуспешным. Одному из этих больных, с АВС выполнили лапаротомию, бисегментэктомию II-III. Все ЭВ на венозных системах печени были успешными. Осложнение в виде гематомы места пункции наблюдали у одной больной. Более тяжелых осложнений и летальных исходов, связанных с процедурой, не было.

Заключение. Эндоваскулярные операции у больных с заболеваниями и травмой печени, выполненные по строгим показаниям, безопасны и могут быть альтернативой другим методам лечения, в том числе «открытой» хирургии. Следует учитывать, что повторные эндоваскулярные вмешательства на одном артериальном сосуде менее успешны, чем первое.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ – ОПЫТ РНЦРХТ

Руткин И.О., Тимергалин И.В., Боровик В.В., Попов С.А., Гранов Д.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад А.М. Гранова» Минздара Росии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить результаты внедрения метода эндовидеохирургических (ЭВХ) резекций в лечении пациентов с новообразованиями печени.

Материалы и методы. ЭВХ резекции печени в нашем центре выполняются с октября 2010 года. За этот период проведено лечение 153 больным с новообразованиями печени: первичный рак печени (ГЦК) – 16 (11%), метастатический рак – 41 (26%), в т.ч. в 34 (22%) случаях колоректальный. Доброкачественные новообразования встречались в 96 (62%) наблюдениях (билиарные кисты печени – 33 (21%), гемангиомы – 30 (19,5%), узловая гиперплазия печени – 23 (15%), аденома печени – 4 (2,5%). Эхинококкоз печени был диагностирован в 6 (4%) случаях. Цирроз печени с сопутствующими нарушениями коагуляции отмечены у 18 (12%) пациентов, в т.ч. уровень тромбоцитов ниже 50х109/л у 6 пациентов.

Объем операции определялся размерами и локализацией новообразования: наиболее часто выполнялись атипичные резекции – 98 вмешательств, сегментэктомии – 29, резекции 2-х и более сегментов печени – 26 наблюдений, в т.ч. гемигепатэктомии – 4. ЭВХ резекции печени по показаниям сочетались с выполнением холецистэктомии в 32 случаях, радиочастотной аблацией резидуальных опухолевых узлов печени в 22 наблюдениях, резекцией диафрагмы у 4 пациентов, дренированием желчных путей по Керу в 3 случаях, удалением первичной опухоли с резекцией кишечника в 3 наблюдениях. При необходимости выполнялось интраоперационное эндоскопическое ультразвуковое исследование печени (ЭУЗИ).

Результаты. Среднее время операции на начальном этапе внедрения метода составило 144,1±36,7 мин, в дальнейшем оно сократилось до 97,8±30,3 мин. Средняя величина кровопотери 163,2±43,5 мл, гемотрансфузии понадобились только 4 пациентам. Для разделения паренхимы печени кроме стандартных инструментов использовались следующие приемы: аппаратный шов в 45 случаях, радиочастотная коагуляция плоскости резекции в 23 наблюдениях, ручной шов с тампонадой гемостатической губкой в 14 случаях. Дополнительный гемостаз осуществляли аргоноплазменной коагуляцией в большинстве наблюдений, гемостатическими средствами (Tachokomb “Takeda”, Surgycell, Surgyflo “Ethicon” в 23 случаях.

В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартное лечение. Наблюдение в ОАРИТ более 8 часов понадобилось только в 2 случаях. Эпидуральное обезболивание не требовалось, в терапии наркотическими аналгетиками более 2 суток нуждались 8 больных. Желчные затеки с плоскости резекции печени, потребовавшие дополнительного чрескожного дренирования, наблюдались в 3 случаях. Повторных оперативных вмешательств, связанных с осложнениями ЭВХ резекций печени не выполнялось. Послеоперационной летальности не было. Средний койко-день после операции составил 9,1±3,2 сут.

Всем больным осуществляли контроль при помощи лучевых методов диагностики (МСКТ, МРТ) через 1 мес. после операции и в последующем периоде с интервалом, согласно утвержденным в клинике протоколам.

Заключение. В настоящее время абсолютное большинство экономных резекций печени в нашем центре выполняется ЭВХ способом. Совершенствование навыков хирургической бригады позволяет также ставить показания к обширным ЭВХ резекциям, в первую очередь при доброкачественном очаговом поражении печени. Современное оборудование, в том числе ЭУЗИ печени, позволяет четко определить объем поражения и степень вовлечения сосудисто-секреторных элементов с целью оптимизации хирургической тактики. Использование комбинированных способов гемостаза позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю даже при наличии сопутствующего цирроза печени и коагулопатии. Развитие ЭВХ в клинике позволило улучшить функциональные результаты лечения больных и уменьшить затраты на послеоперационное лечение.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Каракулов А.О.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4 г. Пермь, Россия

Актуальность. Холедохолитиаз и онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны являются основной причиной развития механической желтухи (МЖ). Хирургические вмешательства у больных с МЖ, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 30%. У 38-46% больных опухолевый блок локализуется в области ворот печени и захватывает близлежащие органы и крупные сосуды, что усложняет или делает невозможным радикальное вмешательство. Поэтому, наряду с традиционными методами хирургической декомпрессии желчевыводящих путей (ЖВП), сегодня широко используются различные малоинвазивные, к числу которых относится чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей (ЧЧД ЖВП).

Цель исследования: улучшить результаты этапного миниинвазивного лечения механической желтухи за счет дифференцированного использования вариантов чрескожного чреспеченочного дренирования ЖВП.

Материалы и методы. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ ПК «ГКБ №4» чрескожные чреспеченочные вмешательства были применены у 135 пациентов с МЖ. Среди обследованных было 77 (65%) женщин и 58 (35%) мужчины. Средний возраст составил 66,2±2,33 лет. Причинами МЖ являлись: рак головки поджелудочной железы – 74 (54,8%), рак желчного пузыря – 12 (8,8%), холедохолитиаз – 10 (7,4%), рак желудка с метастазами в ворота печени – 9 (6,6%), колоректальный рак с метастазами в печень – 6 (4,2%), рак большого дуоденального сосочка – 4 (3,0%), холангиокарцинома – 3 (2,2%), рак молочной железы – 3 (2,2%), острый холецистит – 3 (2,2%), хронический панкреатит – 2 (1,5%), заболевания печени различного генеза – 5 (3,7%).

Результаты. Всем 135 больным первым этапом была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография. При наличии дилятации внутрипеченочных желчных протоков чрескожная чреспеченочная холангиография оказалась успешной у 98% больных. У 119 (88,0%) пациентов было выполнено чрескожное наружное дренирование ЖВП, у 16 (12,0%) пациентов наружно-внутреннее дренирование ЖВП, с позиционированием дренажа в ДПК. Дренирование завершалось на уровне общего желчного протока в 69 (51,1%) случаях, долевых печеночных протоков – у 37 (27,4%) пациентов, общего печеночного протока – в 29 (21,5%) случаях. Операцию выполняли по модифицированной методике Сельдингера комплексом «игла-катетер». Выявили более благоприятную динамику восстановления функциональной активности печени и почек после проведения дозированной декомпрессии. В послеоперационном периоде среди ранних осложнений наблюдалось 1 (2,8%) внутрибрюшное кровотечение. Среди поздних осложнений: дислокация дренажа – 29 (21,5%), подтекание желчи в брюшную полость – 5 (3,7%), местный перитонит – 1 (0,8%).

Заключение. Чрескожные чреспеченочные вмешательства является высокоэффективным методом этапного лечения МЖ различной этиологии и подготовки к различным вариантам дальнейшего оперативного вмешательства.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОКРЫТЫХ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ

Семенов Д.Ю., Ребров А.А., Мельников В.В., Каменская О.В., Гуня З.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минзрава России, Санкт-Петербург, Россия

Лечение стриктур желчевыводящих путей, несмотря на многолетнюю историю изучения, не теряют актуальности и по сей день. В последнее десятилетие широкое использование получили покрытые саморасширяющиеся металлические стенты (ПСМС) в лечении доброкачественных билиарных стриктур (ДБС). Количество исследований, посвященных эффективности ПСМС, как в зарубежной, так и в отечественной литературе незначительно.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты использования ПСМС в лечении пациентов с ДБС.

Материалы и методы. Исследование носит ретроспективный характер. В исследование вошло 20 пациентов (средний возраст 57±14.7 лет) с ДБС, из них ДБС на фоне хронического панкреатита – у 65% (13/20), посттравматического генеза – у 35% (7/20). Всем пациентам выполнялась антеградная установка ПСМС. Санацию и замену стентов проводили по показаниям. Санацию стентов выполняли эндоскопически, при невозможности – чрескожным чреспеченочным доступом. Основными анализируемыми критериями стали: разрешение стриктуры и рецидив.

Результаты. Разрешение стриктуры наблюдалось у 13 из 20 пациентов (65%). Средняя продолжительность стояния стента составила 19 месяцев (в диапазоне от 6 до 36 месяцев). В нашем исследовании разрешение стриктуры имело прямую корреляционную зависимость с длительностью стояния стента (более 24 месяцев). У 7 пациентов (35%) выявлен рецидив стриктуры в срок до 12 месяцев. Фактором риска рецидива стриктуры явился хронический панкреатит (p=0,03). Миграция стента выявлена у 10% (2/20) пациентов. У одного пациента был диагностирован пролежень стентом стенки двенадцатиперстной кишки. Среднее количество санаций стента на больного составило 2,1 (от 1 до 5).

Выводы. ПСМС является эффективным методов лечения ДБС. Одним их факторов, влияющим на разрешение стриктуры, можно указать длительность стояния стента. Однако, в связи с небольшим количеством наблюдений данные выводы требуют дальнейшего исследования.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ, КАК ЭТАП ПЕВЫЙ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

Сергеев В.И., Поликарпов А.А., Олещук Н.В., Таразов П.Г., Гранов Д.А., Розенгауз Е.В.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность сочетания механической эмболизации правой долевой ветви воротной вены (МЭВВ) с химиоэмболизацией печёночной артерии (ХЭПА) в комбинированном лечении у пациентов со злокачественными опухолями перед обширными резекциями печени.

Материалы и методы. За период 1997-2017 гг. МЭВВ была выполнена у 71 пациента со злокачественными опухолями печени. Показанием к МЭВВ считали предполагаемый к оставлению после резекции объём печёночной паренхимы менее 25-30%, при нормальной функции органа и 40% при нарушенной.

До 2003 г. МЭВВ выполнили без предшествующей ХЭПА у 27 (38,0%) больных (группа 1) по поводу опухолевого поражения правой доли печени, представленного метастазами колоректального рака (n=19), рака предстательной железы (n=1), гепатоцеллюлярной карциномой (n=6), холангио-целлюлярным раком

(n=1). В период с 2003 по 2017 гг. МЭВВ была выполнена у 44 (62,0%) пациентов (группа 2). В этой группе во всех случаях в течение 2-745 (в среднем 78,8) сут. перед МЭВВ выполняли от 1 до 6 процедур ХЭПА (в среднем 1,7). Среди них метастазы в печень колоректального рака были у 30, рака молочной железы – у 2, гепатоцеллюлярная карцинома у 7, рак желчного пузыря с распространением на паренхиму печени у 3, опухоль Клацкина (Бисмут IV) у 1, ангиосаркома печени у 1. Всем больным после МЭВВ была продолжена регионарная внутриартериальная противоопухолевая терапия вне зависимости от наличия или отсутствия опухолевого прогрессирования.

Результаты. У пациентов обеих групп МЭВВ привела у гипертрофии контралатеральных отделов печени в среднем на 29,6%; до 30% от всего объёма печени, при нормальной функции органа и до 40%, в более поздние сроки, при нарушенной. Всего были оперированы 38 (53,5%) пациентов (в группе 1 – 15 (55,6%), в группе 2 – 23 (52,2%).). Среди 12 неоперированных больных из группы 1 внутрипечёночное опухолевое прогрессирование было отмечено у 5 (18,2%) в течение 38-231 сут., в среднем 114,4 сут.; среди 21 из неоперированных в группе 2 тоже у 5 (11,4%) за период 49-837 сут., в среднем 334,6 сут.Заключение:

Заключение. МЭВВ с предшествующей ХЭПА является эффективной комбинацией неоадьювантной терапии при злокачественных новообразованиях печени. Это сочетание даёт возможность в течение более длительного периода ожидать необходимую гипертрофию предполагаемых к оставлению отделов печени после МЭВВ с относительно низкими рисками внутрипечёночного опухолевого прогрессирования у 11,4% пациентов, против 18,2% у больных без предшествующей ХЭПА.

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ: 25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Сергеева О.Н., Виршке Э.Р., Кукушкин А.В., Панов В.О., Косырев В.Ю., Черкасов В.А., Трофимов И.А., Францев Д.Ю., Лаптева М.Г., Шориков М.А., Погребняков И.В., Долгушин Б.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: на основании многолетнего опыта специализированного центра представить эволюцию представлений о трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) нерезектабельных метастатических нейроэндокринных опухолей (НЭО) печени.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты 180 сеансов ТАХЭ печени по поводу нерезектальных метастатических НЭО, проведенных в РОНЦ им Н.Н. Блохина в период 1992-2017 гг. ТАХЭ (от 1 до 14 сеансов; медиана 2) были выполнены 66 пациентам (25 (37,9%) мужчины, 41 (62,1%) женщин) в возрасте от 17 до 76 лет.

Локализация первичного очага была установлена лишь у 48 из 66 (72,2%) пациентов: поджелудочная железа – в 25, тонкая кишка – в 12, легкое – в 3, толстая кишка – в 4, желудок – в 2, аппендикс – в 1 и шейка матки – в 1 наблюдении. У остальных 18 (26,8%) пациентов метастазы НЭО в печени были из невыявленного первичного очага.

Методика химиоэмболизации печени включала в себя выполнение селективной или суперселективной катетеризации печеночных артерий с последующим введением химиоэмболизирующей смеси. В качестве химиоэмболизирующих агентов использовались смеси липиодола с цитостатиками (доксорубицин, гемцитабин, оксалиплатин, томудекс, митоксантрон), либо микросферы с адсорбированными цитостатиками (доксорубицин, оксалиплатин). Показанием к первичному вмешательству являлись выраженный карциноидный синдром и/или рост метастазов при динамическом наблюдении.

Отдаленные результаты эндоваскулярного лечения проанализированы у 56 (85%) из 66 больных с метастатическими НЭО печени. Результаты лечения оценивались по клинической картине, данным лабора-

торных методов исследования (исследование уровня хромогранина А, серотонина) и с помощью методов визуализации (КТ, позже МРТ брюшной полости). Дополнительные сеансы химиоэмболизации печени проводились при наличии признаков внутрипеченочной опухолевой прогрессии и/или усилении выраженности карциноидного синдрома.

Результаты. Один пациент умер от септических осложнений, возникших непосредственно после ТАХЭ (послеоперационная летальность 1,5%).

Постэмболизационный синдром разной степени выраженности (боль в верхних отделах живота, лихорадка, тошнота или рвота, преходящее усиление проявлений карциноидного синдрома) отмечался у всех в пациентов в течение нескольких первых суток после вмешательства, требовал симптоматической терапии, и рассматривался нами скорее как физиологическое следствие ТАХЭ, чем как послеоперационное осложнение.

Тяжелые осложнения – абсцессы печени, клинически значимая постэмболизационная холангиопатия – отмечены у трех пациентов (частота осложнений 4,5% в пересчете на пациентов, 1,6% на вмешательство). Они потребовали выполнения чрескожного чреспеченочного дренирования и консервативного лечения.

Медиана выживаемости больных с метастатическими НЭО печени составила 61,7 месяцев от первой ТАХЭ. Одно-, 3-, 5-, 10-летняя выживаемость составила 85,07%, 70,52%, 56,87% и 40,44%.

Выводы. ТАХЭ – интервенционное вмешательство, позволяющее эффективно контролировать проявления карциноидного синдрома и тормозить рост метастатических НЭО печени. Проведение химиоэмболизаций в режиме “on demand” (только при росте метастатических очагов и/или усилении карциноидного синдрома) является безопасным и обеспечивает многолетнюю выживаемость пациентов.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРИКТУР БИЛИОДИГИСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Синило С.Б., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т., Сологуб И.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: анализ результатов применения различных методов хирургической коррекции стриктур билиодигистивных анастомозов (БДА).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 3602 больных с желчекаменной болезнью. Проведен анализ 29 историй болезни со стриктурами БДА.

Частота встречаемости стриктур БДА составила 0,8%, в том числе холедоходуоденоана-стомоза (ХДА) – 11 (37,9%), гепатикодуоденоанастомоза (ГДА) – 7 (24,1%), гепатикоэнте-роанастомоза (ГЭА) – 5 (17,2%), бигепатикоэнтероанастомоза (БГЭА) – 3 (10,3%), бигепати-кодуоденоанастомоза (БГДА) – 2 (6,9%), гепатико-гастроанастомоз (ГГА) – 1 (3,4%).

Все пациенты поступили с клиникой холангита: боль в правом подреберье, синдром хо-лестаза и воспалительный синдром. Алгоритмом инструментального обследования явилось: выполнения всем больным УЗИ органов брюшной полости, ФГДС и с осмотром зоны анастомоза. Ретроградная холангиография с применением баллонного обтуратора выполнена 21, чрезкожная чрезпеченочная холангиография – 8, рентгеноскопия желудка с пассажем бария – 4, МРТ – холангиография – 9 больным. При УЗИ и МРТ -холангиограмме кроме билиарной гипертензии были признаки холангита: неравномерное утолщение стенок протоков, воздух в протоках, различная эхоплотность содержимого. Эндоскопическими признаками холангита были: воспаление в области суженного анастомоза и поступление желчи с хлопьями гноя.

Повторные операции выполнены 23 больным с выраженной степенью сужения: реконструкция передней стенки анастомоза – 19, гепатоэнтероанастомоз – 1, резекция гепатикогастроанастомоза с формированием бигепатикоэнтероанастомоза – 1. Чрезкожное чрезпеченочное дренирование внутрипеченочных протоков под контролем УЗИ выполнено 2 больным с выраженной стриктурой БГЭА, склерозирующим холангитом, билиарным циррозом печени, печеночной дисфункцией.

Малоинвазивные видиоэндоскопические хирургические вмешательства на билиодиги-стивных анастомозах выполнены 6 больным: ГДА – 3, ХДА – 3. Эндоскопическая реконструк-ция анастомоза папилотомом выполнена 2 больным. Размер анастомоза был сужен до 0,4-0,5 см. Больной с гепатикодуоденоанастомозом суженным до 0,3 см выполнено 3 процедуры по реконструкции передней стенки анастомоза струнным папилотомом с интервалом в 3 ме-сяца и затем дважды с интервалом в 1 неделю выполнена баллонная дилятация анастомоза овальным катетером диаметром до 9 мм с ретроградным эндоскопическим лаважом протоков. Одному пациенту с резковыраженным сужением анастомоза и явлениями холангита вначале выполнена реконструкция анастомоза игольчатым папилотомом. Явления холангита уменьшились. Через 3 дня выполнена реконструкция анастомоза струнным папилотомом до 5 мм и ретроградный лаваж протоков, установлен трубчатый временный стент 7Fr с каркасной целью. Клинически явления холангита купированы. Двоим больным с сужением анастомоза до 0,5 см произведена баллонная дилятация анастомоза. Осложнений и летальных исходов не было.

Заключение. Считаем предпочтительнее малоинвазивные эндоскопические методики коррекций сужений билиодуоденоанастомозов. В случаях сужений билиоэнтероанастомо-зов возможны как открытые реконструктивные операции, так и малоинвазивные методики с помощью двухболлонной энтерографии. Хирургическая коррекция стриктур анастомозов оправдана в специализированных центрах.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ ПОД УЗ-НАВИГАЦИЕЙ

Султанова Р.С., Магомедов Р.З.

ГБУ «Городская клиническая больница №1» МЗ РД, Махачкала, Россия

Введение. В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовала высокая вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости.

Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазивных вмешательств, но они полностью не исключают возможность попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. Однако при рецидивном эхинококкозе имеются благоприятные условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-навигацией, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени.

Цель исследования: оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-навигацией.

Материалы и методы. Изучены результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-навигацией у 54 пациентов. Возраст пациентов составил от 27 до 83 лет.

Рецидив в правой доле отмечен в 26 (48,1%) наблюдениях, в левой – 22 (40,7%), в обеих долях печени – в 6 (11,2%) случаях. Размеры кист варьируют в пределах от 6,0 до 13,0 см. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупных трубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки, оставление в остаточной полости дренажа.

Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс – «игла-катетер» и расширители пункционного канала 12–14 F. В послеоперационном периоде проводились промывания полости гипертоническим раствором хлорида натрия и химиотерапия альбендозолом.

Результаты. Техническая реализация способа достигнута в 93,1% случаяев. В 3 наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности и зародышевые элементы паразита были удалены из мини доступа. Нагноения остаточной полости отмечены в 2,3% наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-навигацией. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования

определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточную полость наблюдали в 3,5% наблюдений. Повторный рецидив эхинококковой болезни не отмечен.

Заключение. Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступает по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной

ХИМИОИНФУЗИЯ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таразов П.Г., Козлов А.В., Павловский А.В., Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Розенгауз Е.В., Попов С.А., Полехин А.С., Моисеенко А.В.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность химиоинфузия (ХИ) и химиоэмболизация (ХЭ) при нерезектабельном протоковом раком поджелудочной железы (РПЖ).

Материалы и методы. За период 2000-2015 г. провели 310 ХИ в чревный ствол у 167 больных с неудалённым РПЖ. Местнораспространенный процесс (III стадия) был выявлен у 79 (47,3%), в том числе с метастазами в печени (IV стадия) у 88 (52,7%) пациентов. Проводили инфузию в чревный ствол препаратом Гемцитабин 1000 мг/м^2 в течение 30 мин. При прогрессировании следующую артериальную инфузию дополняли введением Оксалиплатина 75 мг/м^2 за 120 мин. ХЭ гастродуоденальной артерии 400-800 мг/м^2 Гемцитабина в 3-6 мл Липиодола провели у 52 больных раком головки ПЖ T3-4N0-1M0 без отдаленных метастазов.

Результаты. Однолетняя выживаемость после ХИ была достигнута у 23 (14%) больных. У больных с III стадией заболевания средняя продолжительность жизни и медиана были выше, чем у больных с метастазами в печень: 316 и 241 сут. против 223 и 166 сут. соответственно. Серьезных осложнений не было. Токсические проявления химиотерапии (ХТ) у 92 (55%) пациентов включали гематологическую I-II степени по CTC NCINC (50%), гастроинтестинальную I-II (52%), кардиотоксичность III степени (1%) и купировались корригирующей терапией.

Выполнено 109 циклов ХЭ (от 1 до 7, в среднем 2 на больного). Проявления постэмболизационного синдрома купированы в течение 1 сут с помощью консервативной терапии. ХТ-токсичность I степени была отмечена у 44 больных (85%), желудочно-кишечная II-III степени у 8 (15%). Клинический эффект в виде увеличения массы тела и уменьшения болей был достигнут после двух циклов у 90% и 71% пациентов. Средняя продолжительность жизни всей группы составила 9,9 (медиана 6,7) мес. У 14 больных, получивших три и более циклов, эти показатели были выше: 14,4 и 9,6 мес.

Выводы. ХИ и ХЭ являются относительно безопасными и эффективными методами лечения больных неоперабельным РПЖ. Выполнение многократных циклов ХИ и ХЭ приводит к увеличению выживаемости пациентов. Наличие метастазов в печень уменьшает медиану выживаемости в 1,5 раза.

ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Федорук А.М., Юрлевич Д.И., Козак О.Н., Савченко А.В., Лабунец З.В., Федорук Д.А., Щерба А.Е., Руммо О.О.

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ 9-я Городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Билиарные осложнения являются одной из ведущих проблем, которые могут возникать после трансплантации печени, и составляют 10-25% от числа всех послеоперационных осложнений. Наиболее частым билиарным осложнением являются стриктуры, классифицируются на анастоматические (АС) и неанастамотические (НАС).

У пациентов с билиарной реконструкцией по типу «конец в конец», эндоскопические методики являются первой линией терапии стриктур. Установка стента позволяет добиться полной коррекции стриктуры в 80-95% случаев, в то время как проведение только баллоной дилятации сопряжено с рецидивом осложнения в 27-50% случаев. В случаях угловых или спиральных стриктур, либо в случае трудной канюляции Фатерова сосочка применятся технология «rendezvous», позволяющая добиться положительного результата в 92,1% случаев. У пациентов с холедохоеюноанастомозом на петле по Ру методом выбора в лечение стриктур является ЧЧХС с антеградной установкой эндобилиарного стента. При неэффективности вышеуказанных технологий методом выбора является открытая реконструкция анастомоза.

В нашем центре в период с апреля 2008 по декабрь 2016 гг. выполнено 437 ОТП. Частота билиарных осложнений составила 14,6% (64 случая). Из них: анастомотических стриктур – (51%); неанастомотических стриктур – 12%; комбинация анастомотических и неанастомотических стриктур – 17%; несостоятельность билиарного анастомоза – 17%; сочетание анастомотических стриктур и несостоятельности билиарного анастомоза – 3%.

За период времени, вошедший анализ, для коррекции АС в 59% случаях было выполнено ЭРХГ с баллоной пластикой и стентированием. Повторно у данной группы пациентов манипуляции проводились в 50% случаев, при этом медиана замен стентов составила 2 [1; 4]. Антеградную чрескожную чреспеченочную установку стента проводили в 2 (4,5%) случаях. Сочетание техники ЧЧХС с целью декомпрессии билиарного дерева у тяжелых пациентов с последующей эндоскопической установкой применялось в 4,5% случаев. При неэффективности эндоскопических попыток стентирования у 9% пациентов использовалась техника «rendezvous» со 100% эффективностью. 2 (4,5%) пациентам выполняли открытую реконструкцию билиарного анастомоза.

С целью коррекции неанастомотических стриктур в 42,1% случаев выполняли эндоскопическое стентирование зоны сужения, медиана замен стентов составила 2 [1;5], в 10,7% проводили ЧЧХС, в 10,6% – комбинацию ЧЧХС и эндоскопической установки стентов, 5,3% пациентов выполняли открытую реконструкцию зоны стриктуры с наложением гепатикоеюноанастомоза на петле по Ру. У 15,6% проводили успешную консервативную терапию.

При сочетании у пациентов АС и НАС в 5 (54,5%) случаях выполняли эндобилиарное стентирование, в 3 (27,3%) случаях с литэкстракцией. В 2 (18,2%) случаях проводили комбинации. ЧЧХС и ретроградного стентирования. 1 (9%) пациенту было выполнена чрескожная чреспеченочная антеградная установка эндобилиарного стента.

В связи с рецидивирующими холангитами и дисфункцией печеночного графта в 15,7% случаев выполняли ретрансплантацию печени.

Выживаемость пациентов с АС составила 91%, пациентов с НАС – 87,5%, пациентов, у которых была верифицирована комбинация АС и НАС – 63,6%.

Выводы. Дифференцированный подход в лечении билиарных осложнений ОТП позволяет добиться оптимального результата и сохранить функциональную способность графта.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В СТАДИЮ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Фирсова В.Г., Градусов В.П., Паршиков В.В.

ФГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Выбор способа дренирования при инфицированном некрозе остается предметом дискуссий.

Цель исследования: определение эффективности пункционно-дренирующих вмешательств (ПД), операций из мини-доступов (МД) и лапаротомий (Л) в качестве этапного и окончательного метода лечения при инфицировании острых некротических скоплений (ОНС) и отграниченного некроза (ОН).

Материалы и методы. 49 больных с инфицированным некрозом: инфицированные ОНС были у 32 пациентов, инфицированный ОН – у 17. Нераспространенный парапанкреатит (НПП) был у 24 больных, распространенный парапанкреатит (РПП) – у 25. Сравнение частоты регресса (исчезновения) жидкостной структуры, летальности было проведено с использованием двустороннего точного критерия Фишера, уровень значимости (p) был принят ≤0,05.

Результаты. При инфицировании ОНС (n=32) только ПД осуществлено у 7 больных, регресс достигнут у 6 человек (все с НПП), у 1 человека (РПП) сформировался наружный панкреатический свищ (ПС). ПД в сочетании с МД на втором этапе выполнено у 6 больных, регресс достигнут у 3 человек (НПП – 2, РПП – 1), НПС сформировался у 2 человек (НПП – 1, РПП – 1), умер – 1 (РПП). Только МД с последующими санациями осуществлены у 8 больных, регресс достигнут у 6 (НПП – 2, РПП – 4), НПС сформировался у 2 (НПП). Лапаротомия первично осуществлена 11 больным, регресс достигнут у 4 (НПП – 3, РПП – 1), НПС сформировался у 1 (РПП), умерло 6 (НПП – 2, РПП – 4). При инфицировании ОН (n=17) только ПД выполнено 2 больным, сформировался НПС (РПП). ПД в сочетании с МД на втором этапе осуществлено у 2 пациентов, регресс достигнут у 1 (НПП), НПС сформировался у 1 (НПП). Только МД с последующими санациями выполнены у 11 больных, регресс достигнут у 10 (НПП – 3, РПП – 7), НПС сформировался у 1 (РПП). Лапаротомия первично осуществлена 2 больным, регресс достигнут у 1 (РПП), умер 1 (НПП).

Частота регресса ОНС достоверно не отличалась при выполнении ПД по сравнению с открытыми вмешательствами (МД, Л): 46% против 53%, p=0,5. Регресс в результате ПД достигается только у пациентов с НПП. Малоинвазивные вмешательства (ПД, МД) при инфицировании ОНС сопровождаются значимо меньшей летальностью по сравнению с осуществлением лапаротомии: 5% против 54%, p=0,031, группы сравнимы по распространенности парапанкреатита, p=0,465, по частоте органной недостаточности в раннюю фазу, p=0,374. ПД при инфицировании ОН ни у одного больного не позволяет достичь регресса жидкостной структуры. Открытое внебрюшинное дренирование с секвестрэктомией путем МД привело к регрессу отграниченного некроза у 11 из 13 пациентов (85%).

Выводы. Пациентам с инфицированием жидкостных скоплений в сроки до 4 недель от начала заболевания показано выполнение малоинвазивного дренирования (ПД или МД). У пациентов с РПП дренировать необходимо из нескольких доступов. Выполнение лапаротомии обосновано при глубоком расположении ОНС, когда невозможны малоинвазивные вмешательства. При инфицировании ОН наибольшей эффективностью обладают открытые вмешательства путем внебрюшинного МД.

РЕТРОГРАДНЫЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последнее время в лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще стали использоваться эндоскопические способы восстановления желчеоттока. Наиболее эффективным и

перспективным методом желчеотведения является транспапиллярное эндопротезирование гепатикохоледоха с применением различных дуоденобилиарных стентов.

За период 2015 по 2016 гг. попытки транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха были предприняты нами у 105 больных с бластоматозной обструкцией желчных протоков. Больные были в возрасте от 29 до 85 лет. У всех пациентов имелись явления механической желтухи, у 11 (10,5%) больных до поступления в нашу клинику была клиника гнойного холангита. Опухолевой процесс локализовался у 36 (34,3%) пациентов в области большого дуоденального сосочка, у 60 (57,1%) – в области головки поджелудочной железы и дистальной части общего желчного протока, у 4 (3,8%) пациентов в области желчного пузыря и средней трети холедоха, у 5 (4,7%) больных в области ворот печени. Дуоденобилиарное дренирование осуществляли с помощью ширококанальных дуоденоскопов фирмы “Olympus” и “Pentax” (Япония). Эндопротез проводили через инструментальный канал эндоскопа по предварительно введенной в желчный проток струне, установленной за область опухолевого поражения. Проведение протеза осуществляли с помощью толкающей трубки соответствующего диаметра. На всех этапах протезирования периодически осуществляли рентгенологический контроль положения струны и протеза. В начале нашей работы эндопротезирование выполняли только после предварительной папиллос-финктеротомии. В настоящее время для стентирования вначале выполняли папиллотомию и после чего устанавливали эндобилиарный стент размерами 10-12 Fr. Транспапиллярное желчеотведение было успешным у 92 (87,6%) пациентов. Неудачи дренирования в большинстве случаев были связаны с протяженным поражением гепатикохоледоха или распространением опухолевого процесса на стенку двенадцатиперстной кишки или в ворота печени. Больным, которым транспапиллярные вмешательства были не эффективны, были выполнены чрескожные вмешательства. ЧЧХС выполнена 13 больным. Из числа пациентов с установленными стентами после снижения желтухи и купирования явлений холангита оперативное лечение было предпринято у 12 (11,4%) больных. У 93 (89,6%) пациентов хирургическое лечение не проводилось в связи с отказом пациентов от операции или тяжелыми сопутствующими патологиями. Этим больным транспапиллярное стентирование явилось окончательным методом желчеотведения.

При выполнении эндопротезирования у 4 пациентов с выраженной желтухой наблюдалось кровотечение после папиллосфинктеротомии, потребовавшее повторных эндоскопических вмешательств. Еще у 3 пациентов произошла дислокация стента – в просвет двенадцатиперстной кишки. Для лечения осложнений были выполнены повторные эндоскопические вмешательства и проведена консервативная терапия. Всем неоперированным пациентам в дальнейшем проводилась замена стентов в связи с их окклюзией билиарным сладжем. Средний срок функции стентов у пациентов с дистальной бластоматозной обструкцией составил 5,5 месяцев. Накопленный нами опыт позволяет констатировать, что транспапиллярное дуоденобилиарное дренирование является эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарного тракта опухолевой природы. Этот метод декомпрессии, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, а у больных пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, транспапиллярное стентирование может служить альтернативой паллиативному хирургическому лечению.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Традиционно, ущемленный камень большого дуоденального сосочка (БДС) является неотложным состоянием, при котором быстро могут развиться такого рода осложнения как острый билиарный панкреатит или гнойный холангит, из-за почти полной обструкции выводных протоков панкреатобилиарной зоны.

Поэтому удаление ущемленного конкремента БДС должна быть немедленно выполнена для предупреждения вышеуказанных осложнений.

Проанализированы результаты лечения 6191 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) осложненных механической желтухой, госпитализированных в отдел экстренной хирургии РНЦЭМП в 2002-2016 гг. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 64,1±3,7 года). Из них у 493 (7,9%) больных при обследовании установлен диагноз «ущемленный камень БДС». Мужчин было 139 (28,3%), женщин – 354 (71,7%). Все больные были госпитализированы в клинику в экстренном порядке. Из них 70 (14,2%) больным ранее была произведена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Болевой синдром различной интенсивности был отмечен во всех наблюдениях, поэтому в течение 1 суток поступили 196 (39,8%) и 297 (60,2%) больных поступили позже суток от начала приступа заболеваний.

Всем больным, помимо клинико-биохомических исследований, проводили ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы. При подозрении на ущемленный камень БДС по экстренным показаниям больным проводили фибродуоденоскопию боковой оптикой. Экстренная дуоденоскопия с непосредственным осмотром области БДС позволила диагностировать целый ряд патологических процессов. Выбухание продольной складки, отек и гиперемия области БДС, наличие на нем фибринных наложений, отсутствия поступление желчи, что наблюдалось у всех пациентов. У 412 (83,6%) больных визуализировали край ущемленного конкремента в устье БДС. Наличия признаков блока терминального отдела общего желчного протока, вызванная ущемленным конкрементом БДС, безусловно, явилось абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При этом у 44 (9%) больных выявлены признаки гнойного холангита. У 441 (89,5%) больных после успешного выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией состояние больных улучшилось и боли исчезли. У 53 (10,8%) больных после проведенной ЭПСТ, несмотря на устранения блока БДС, разрешения механической желтухи состояние усугубилось инфицированием очагов панкреонекроза и забрюшинной клетчатки. В связи с этим больным произведены операции по устранению гнойных осложнений острого панкреатита. Умерли 9 (1,9%) пациентов от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса.

Результаты лечения ущемленного камня БДС зависят от ранней диагностики и, соответственно, возможно раннего восстановления желчевыведения, к чему способствуют учет характерных клинических, биохимических, сонографических и эндоскопических признаков заболевания, а также расширение показаний к ЭПСТ. Относительно высокая вероятность развития билиарного панкреатита, в том числе его деструктивных форм, при ущемленном камне БДС остается на сегодняшний день не до конца разрешенной проблемой и требует дальнейших исследований.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Черданцев Д.В., Первова О.В., Носков И.Г.

ФГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

Актуальность. Постнекротическая киста поджелудочной железы (ПКПЖ) – наиболее частое и благоприятное осложнение деструктивного панкреатита. По данным многих исследований, в 70% наблюдений, течение ПКПЖ сопровождается развитием осложнений, таких как инфицирование, аррозвные кровотечения, механическая желтуха, гастродуоденоинтестинальная непроходимость, перфорация и многие другие. Выбор тактики хирургического патогенетического лечения до наших дней остается дискутабельным. Внедрение миниинвазивных технологий (МТ) представляет наибольший интерес в лечении ПКПЖ. Однако, отсутствие четких показаний и противопоказаний к широкому спектру МТ оставляет за собой поле для последующих исследований.

Материалы и методы. В исследование вошли 35 пациентов с диагнозом: ПКПЖ, которые находились в Краевой клинической больнице в период с 2013 по 2017 гг. У всех пациентов имела место ПКПЖ,

связанная с протоковой системой поджелудочной железы. Последнее было диагностировано методом диагностической транскутанной или эндоскопической пункции с цистографией, панкреатографии и исследования содержимого кисты на амилазу. По локализации ПКПЖ распределились следующим образом: головка – 8, тело – 17, хвост – 10. Все пациенты были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 17 (48,6%) пациентов, которым было выполнено традиционное хирургическое лечение (ТХЛ) – операции наружного и внутреннего дренирования. Во вторую группу вошли 12 (34,3%) пациентов которым было выполнено внутреннее эндоскопическое транслюминальное дренирование (ВЭТД). В третью группу вошли 6 (17,1%) пациентов, которым было выполнено транспаппиллярное эндоскопическое стентирование вирсунгова протока (ТЭСВП). Статистическая обработка результатов осуществлялась методами непараметрической статистики.

Результаты. В 1 группе статистически средняя продолжительность стационарного лечения составила 31±5 к/д. Частота осложнений – 46,6% (n=7), из них: несостоятельность анастомоза – у 13,3% больных, перитонит – у 6,7%, нагноение послеоперационных ран – у 29,2%, панкреатический свищ – у 20%, внутрибрюшное кровотечение – у 6,6%. Летальный исход зарегистрирован у 3 пациентов. Во средний койко-день составил 17±4 к/д. Осложнения были выявлены у 33,3% больных (n=4), из них: дислокация стента из полости ПКПЖ – у 8,3% пациентов, внутрибрюшное кровотечение – у 8,3%, перфорация полого органа брюшной полости – у 16,6%. Умер 1 пациент. В 3 группе средняя продолжительность госпитализации составила 15±2 суток. Осложнения после манипуляции зафиксированы у 33,3% больных (n=2): у 1 пациента имела место неэффективность лечения, прогрессировал панкреонекроз, в связи с чем пациент был прооперирован открыто, еще у 1 пациента была клиника острого панкреатита. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Применение МТ в сравнении с ТХЛ позволяет значимо сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 14,5±2 к/д; уменьшить частоту послеоперационных осложнений ($p<0,05$). Применение ВЭТД и ТЭСВП позволяет минимизировать риск развития таких осложнений как кровотечение, перфорация полого органа, перитонит ($p<0,05$), исключить формирование наружных панкреатических свищей, значительно уменьшить летальность ($p<0,05$). Проведение ТЭСВП является эффективным методом лечения при локализации ПКПЖ в головке поджелудочной железы и/или наличии стриктур в проксимальных отделах вирсунгова протока.

Применение МТ должно выполняться по показаниям, необходимо учитывать локализацию ПКПЖ, наличие разгерметизации протоковой системы ПЖ, что в свою очередь значительно повышает их эффективность, позволяя избежать многоэтапных хирургических вмешательств.

АНТЕГРАДНОЕ БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ С ПРОКСИМАЛЬНЫМ БЛОКОМ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Чеченин Г.М., Лебедев С.С.,
Иванова Н.А., Тавобилов М.М.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Число пациентов с механической желтухой, обусловленной проксимальным блоком желчеотведения неуклонно растет. Дифференцированный подход к диагностике и выбору способа декомпрессии определяет результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2008 по 2016 гг. находился на лечении 121 больной с механической желтухой, обусловленной проксимальным блоком. Средний возраст больных составил 65.2±6.1 (от 40 до 80 лет). Мужчин было 77 (63,6%), женщин – 44 (36,4%). Для выбора метода декомпрессии использовался современный алгоритм диагностических исследований (УЗИ, МРХПГ, СКТ с внутривенным контрастированием). Верификацию диагноза проводили посредством транскатетерной браш-биопсии или биопсии печени. На первом этапе осуществляли наружную билиарную декомпрессию, в последующем при нерезектабельности процесса выполняли ан-

теградное билиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами. Антеградное стентирование выполнено 74 (60,6%) больным. В работе руководствовались классификацией по Bismuth-Corlette (I тип – 28 (51%), II тип – 24 (32,4%), IIIA тип – 12 (16,2%), IIIБ тип – 10 (13,5%). Нозологические формы: первичный рак печени (воротная холангиокарцинома) – 34 (45,9%), метастатический рак печени – 28 (37,8%), рак желчного пузыря – 12 (16,2%). Виды стентирований: билобарное стентирование нитиноловыми стентами (билатерально, Y-стентирование или U-стентирование) – 25, стентирование правого долевого протока – 18, стентирование левого долевого протока – 17, стентирование общего печеночного протока – 14.

Результаты. Осложнения после стентирования (холангит, гемобилия) развились у 15 (20,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 10,8% (8 больных). Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов: медиана выживаемости в паллиативной группе – 6,3±2,1 мес.

Выводы. Используемый лечебно-диагностический алгоритм, включая современные клинико-инструментальные методы диагностики (УЗИ, МРХПГ, СКТ), выбор оптимального способа билиарной декомпрессии с последующим антеградным билиарным стентованием с использованием нитиноловых саморасширяющихся стентов позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Коржева И.Ю., Венгеров В.Ю.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Хронический панкреатит является часто встречающейся патологией, в России заболеваемость ХП составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Псевдокисты поджелудочной железы встречаются в 20-40% случаев. Применение миниинвазивных способов лечения позволило улучшить результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2007 по май 2017 гг. находились на лечении 282 больной с хроническим панкреатитом, прооперировано 232 пациента.

Всем пациентам проводили обследование по стандартному диагностическому алгоритму, включающему ультразвуковое исследование с доплеровским картированием (УЗИ), эндосонографию, мультиспиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансная томография в режиме МРХПГ.

Псевдокисты поджелудочной железы диагностированы у 91 (32,2%) больного. Средний размер кист составил 75±45 мм. В динамике наблюдаются 15 больных с псевдокистами поджелудочной железы, размерами меньше 5 см, из них 38 больным выполнены различные открытые и лапароскопические дренирующие операции. Миниинвазивные способы лечения применялись в 38 случаях. При этом эндоскопические методы дренирования псевдокист выполнены 32 больным, дренирование пластиковыми стентами по типу Double Pig tail выполнено 17, а нитиноловыми стентами – 15. Показаниями к дренированию псевдокист поджелудочной железы явились размер псевдокист более 5 см, отсутствие осложнений со стороны паренхими поджелудочной железы, стеноза терминального отделах холедоха и вирсунголитаза. С учетом особенностей локализации кист было выполнено формирование цистогастроанастомоза 24 и цистодуоденоанастомоза 8. Всем пациентам стенты удалялись через 4-6 недель после выполнения контрольного СКТ-исследования. Все интервенционные вмешательства выполнялись под внутривенной седацией. Чрескожные дренирования выполнялись 6 больным при выявлении признаков инфицирования псевдокист, в последующем 3 больным были выполнены открытые оперативны вмешательства.

Во всех группах больных летальности не было. Клинический эффект достигнут в 97% случаев, у 1 (3%) больного после удаления двух пластиковых стентов через 6 месяцев был рецидив псевдокисты. Осложнения возникли в послеоперационном периоде в 3 случаях. При дренирование пластиковыми стентами в раннем послеоперационном периоде выявлено инфицирование псевдокист, в позднем – дислокация

стента. У 1 пациента в позднем послеоперационном периоде после дренирования нитиноловым стентом – дислокация дренажа.

Выводы. В настоящее время эндоскопические методы дренирования псевдокист поджелудочной железы позволяет улучшить результаты лечения и отказаться от более травматичных хирургических вмешательств у данной категории больных.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ширяев А.А., Мусаев Г.Х., Лощенов М.В., Волков В.В., Бородкин А.В., Макаров В.И.

Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ФГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
ФГБУН Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН, Москва, Россия

Цель исследования: усовершенствование диагностики и улучшение результатов лечения больных со злокачественными стриктурами желчных протоков.

Материалы и методы. В период с 2012 по май 2017 гг. в клинике факультетской хирургии (КФХ) им Н.Н. Бурденко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова на лечении находилось 20 пациентов со злокачественными стриктурами желчных протоков, осложненными механической желтухой, которым выполнено комбинированное минимальноинвазивное лечение. Первым этапом, всем пациентам проводили чрескожное чреспеченочное желчеотведение под контролем УЗИ и рентгеноскопии. Для получения видеофлюоресцентного изображения опухоли и подтверждения злокачественного поражения применяли эндовидеофлюоресцентный модуль для эндоскопии и микрохирургии (производство ЗАО «БИОСПЕК») и фотосенсибилизаторы Фотосенс (0,5 мг/кг), Фотолон и Радахлорин (в дозе 1-1,2 мг/кг). Кроме того, накопление фотосенсибилизаторов опухолевой тканью было подтверждено при помощи флюоресцентной диагностики (ФД) с использованием оптоволоконного лазерного спектроанализатора (ЛЭСА-01-БИОСПЕК). Всем пациентам проведена внутрипротоковая фотодинамическая терапия и стентирование стриктуры желчных протоков нитиноловым стентом под контролем рентгеноскопии. Для ФДТ использовали гибкий оптоволоконный световод с цилиндрическим облучателем на дистальном конце или балонный катетер, раздуваемую часть которого фиксировали в проекции стриктуры желчных протоков. ФДТ проведена через видеофлюоресцентный модуль 2 больным, что позволяет визуальный контроль за терапией. Плотность мощности лазерного излучения (ЛФТ-670-01-БИОСПЕК, длина волны 670 нм является достаточно эффективной одновременно для всех фотосенсибилизаторов) составила 200 мВт/см^2, длительность процедуры в среднем равнялась 10 минутам, суммарная световая доза облучения составила 200 Дж/см^2. Осложнений во время операции не было.

Результаты. У всех больных отмечено выраженное накопление фотосенсибилизатора в опухолевой ткани. У 6 пациентов, которые были признаны бесперспективными для миниинвазивных технологий ввиду блока сегментарных желчных протоков, на 3-5-й день после проведенной ФДТ отмечено разрушение опухоли с полной реканализацией заблокированных опухолью сегментарных протоков, что позволило обеспечить полноценное желчеотведение. Продолжительность жизни составила от 3 до 27 месяцев (средняя 11 месяцев), 10 больных продолжают находиться на динамическом наблюдении.

Заключение. Использование представленного мультидисциплинарного подхода для диагностики и лечения злокачественных стриктур желчных протоков позволяет наладить полноценное желчеотведение даже при первоначальном разобщении сегментарных протоков, повышая качество жизни больного, а также провести противоопухолевое лечение с хорошими непосредственными результатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Алижанов.А.А., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистана

Цель исследования: улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

Материалы и методы. За последние 16 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 57 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 38 (66,7%), женщин – 19 (33,3%). Постнекротическая киста ПЖЖ выявлена у 31 (54,4%) больных, посттравматическая – у 24 (42,2%), цистаденома – у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%). Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 19 (33,3%) больных, тела – у 23 (40,4%), хвоста – у 15 (26,3%). Солитарная киста выявлена у 42 (73,6%), множественные и многокамерные – у 15 (26,4%) больных. Диаметр кист варьировал в пределах от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 32 (56,2%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы – у 25 (43,8%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полости кисты – у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 1 больного.

Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием.

Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 41 больных с нагноением содержимого кисты ПЖЖ. Рецидив кисты отмечены у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6-7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖЖ не обнаружена.

Традиционным методом были оперированы 16 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты у 1 пациента выполнено удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязка кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости.

При спонтанном прорыве кисты ПЖЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произведено санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости.

Одному пациенту с псевдокистой ПЖЖ, вследствие хронического панкреатита и вирсунголитиаза, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеровирсунготомия с последующем наложением цистоеюанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока.

Цистоеюноанастомоз по Ру наложен у 9 пациентов и цистоеюноанастомоз по Брауну – у 3 больных. Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больных.

После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующим был выполнен фистулоэнтероанастомоз.

Выводы. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения. При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования.

V. КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МЕТОД КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дронов А.И., Бакунец П.П., Земсков С.В., Хоменко Д.И., Козачук Е.С.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
Киевский центр хирургии заболеваний печени, желчных проток и поджелудочной железы им. В.С. Земскова, Киев, Украина

Цель исследования: проанализировать реультаты применения криохирургических технологий при лечении опухолей поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование вошли 70 больных, мужчин – 33 (47%), женщин – 37 (53%). Средний возраст больных составил 56,9±11,5 лет. Во всех случаях верифицировали протоковую аденокарциному.

Криохирургические технологии при лечении опухолей поджелудочной железы были использованы в следующих вариантах: 1) криофиксация резектабельной опухоли поджелудочной железы с последующим выполнением классического варианта резекции железы с целью профилактики интраоперационной диссеминации опухолевых клеток;

2) проксимальная резекция поджелудочной железы с криодеструкцией культи как альтернатива панкреатэктомии в случаях невозможности ее выполнения;

3) криодеструкция опухоли тело/хвост или головки поджелудочной железы с пересечением железы на уровне перешейка с целью профилактики возникновения панкреатита головки или тело/хвост при нерезектабельных случаях;

4) криодеструкция резидуальной опухоли на магистральном сосуде при резекции поджелудочной железы как альтернатива сосудистой резекции.

Криовоздействие проводили криохирургической установкой «Крио-Пульс». Диаметр криоаппликатора определялся диаметром опухоли (от 10 до 40 мм), температура криовоздействия минус – 180°С. Время заморозки 5, 10 мин в зависимости от задачи криовоздействия. Температуру на дискретных глубинах в опухоли на расстоянии 3 мм, 8 мм, 13 мм и 18 мм от рабочей поверхности криоаппликатора измеряли разработанным интраоперационным термопарным четырехканальным комплексом (КИИТ-4).

Результаты. Криофиксацию опухоли было выполнено 21 пациенту, при этом опухоль локализовалась в головке ПЗ в 14 случаях, в теле ПЗ – 6, в хвосте ПЗ – 1.

Криодеструкцию культи поджелудочной железы после проксимальной резекции железы – 12 больным. Криодеструкция опухоли тело/хвост поджелудочной железы с пересечением железы на уровне перешейка – 11. Криодеструкция опухоли головки поджелудочной железы с пересечением на уровне перешейка – 4.

Криодеструкцию резидуальной опухоли на магистральном сосуде выполнили 22 больным: воротная вена 20 случаев (только воротная вена: при ПДР – 6, при субтотальной проксимальной резекции ПЖ – 5, при субтотальной дистальной резекции ПЖ – 2, при тотальной панкреатэктомии – 1; криодеструкция воротной вены в сочетании с верхней брыжеечной артерией и верхней брыжеечной веной по 3 случаев при ПДР); криодеструкция резидуальной опухоли на верхней брыжеечной вене при ПДР – 2; на нижней полой вене при ПДР – 2. Во всех случаях выполняли временную сосудистую изоляцию с помощью наложения сосудистых клипс.

Выводы. 1. Достижение значений минусовых температур в опухолевой ткани ПЗ при криофиксации (–30°С) гарантирует 100% гибель опухолевых клеток за счет первичного повреждения.

2. Криофиксация резектабельных опухолей ПЗ с локализацией, как в головке, так и теле (хвосте) железы на глубине 13 мм, 18 мм и больше (от рабочей поверхности криоаппликатора) не гарантирует 100% гибели опухолевых клеток, что диктует необходимость многократного воздействия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕКОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Дронов А.И., Земсков С.В., Бакунец Ю.П., Добуш Р.Д., Козачук Е.С., Хоменко Д.И., Бакунец П.П.

Национальный медицинский унивеситет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
Киевский центр хирургии заболеваний печени, желчных проток и поджелудочной железы им. В.С. Земскова, Киев, Украина

Цель исследования: оценить результаты применения криохирургического метода в комплексном лечении больных с неколоректальными метастазами в печень.

Материалы и методы. В Киевском городском центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчных путей им. В.С. Земскова в период с 2006 по 2016 гг. криохирургический метод применен у 112 больных (возраст – 57,9 лет) с неколоректальными метастазами в печень (злокачественные нейроэндокринные опухоли (n=34), рак поджелудочной железы (n=5), молочной железы (n=4), рак желудка (n=9), почки (n=6), эндометрия (n=8), яичников (n=9), надпочечников (n=5), большого дуоденального сосочка (n=27), саркома забрюшинного пространства (n=5). Для проведения криодеструкции использовали аппарат «Криопульс-4» (хладагент – жидкий азот). Оперативный доступ – лапаротомия. Температура замораживания -180°С... -196°С. Время экспозиции – 8-10 мин. Во всех случаях использовали двойной цикл со спонтанным оттаиванием. Процесс замораживания происходил под УЗ-контролем. Всего криодеструкции подвергли 561 опухолевых очага. Размер очагов – от 1,5 до 8,0 см (в среднем – 4,3 см) в диаметре. Все больные в послеоперационном периоде получали полихимиотерапию согласно принятым стандартам в соответствии с гистологическим типом опухолей. Медиана наблюдения составила 34 месяцев (18-48 мес).

Результаты. Показаниями к выполнению криодеструкции были: билобарное множественное поражение, центральная локализация очагов с вовлечением крупных сосудов и/или желчных протоков, расположение опухолевых очагов на границе правой и левой доль, труднодоступная анатомическая локализация для выполнения резекции, недостаточность функциональных резервов паренхимы печени, наличие общесоматических противопоказаний к выполнению резекции, отказ пациента от выполнение резекции.

Применяли следующие криохирургические методики: 1) криодеструкция, как самостоятельный метод; 2) резекция печени + криодеструкция резидуальных опухолевых очагов; 3) криоабляция линии резекции печени при объеме R1/R2.

Частота послеоперационных осложнений, связанных с криодеструкцией, составила 7,1% (растрескивание поверхности замораживания – 2,7%, внутрибрюшное кровотечение – 1,8%, печеночная недостаточность – 1,8%, гематома – 3,6%, билиома – 4,5%, формирование билиарного свища – 3,6%, плевральный выпот – 10,7%, гипертермия – 5,4%). Тяжесть послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo), связанных с

криодеструкцией, соответствовала I-II степени у 18,8% случаев, III-IV степени – у 5,3%. Тяжелые осложнения возникали у больных с резекцией печени. Послеоперационная летальность составила 1,8% среди больных, которым выполняли резекции печени. Согласно RECIST1.1 (2008) полный ответ получен в 19,4% случаев, частичный ответ – в 36,6%, стабилизация процесса – в 28,3% и прогрессирование – в 6,8%.

У 19,7% больных с первичнонерезектабельным поражением в дальнейшем удалось выполнить резекцию печени.

Частота локальных рецидивов составила 8,7% среди пациентов, у которых применяли криодеструкцию как самостоятельный метод и криодеструкцию резидуальных опухолевых очагов печени, и 6,4% у больных с криоабляцией линии резекции.

Выводы. Применение криохирургического метода в комплексном лечении больных с неколоректальными метастазами в печень позволяет расширить показания к выполнению оперативного лечения таких больных и улучшить отдаленные онкорезультаты.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ КРИОАБЛЯЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Земсков В.М., Козлова М.Н., Шишкина Н.С., Барсуков А.А., Куликова А.Н., Чжао А.В., Демидова В.С., Ионкин Д.А.

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

Актуальность. Проблема рака печени и поджелудочной железы остается одной из важнейших как в практическом здравоохранении, так и в науке. Отмечен интерес к малоинвазивным хирургическим методам лечения данной патологии на основе физических факторов воздействия. Среди методов локальной деструкции патологических очагов – криоабляция представляется одной из перспективных не только как относительно безопасная и органосберегающая методика, но и, по-видимому, формирующая протективный иммунитет с недостаточно изученными механизмами.

Цель исследования: изучение состояния иммунной системы пациентов с раком поджелудочной железы и первичным раком печени, а также наличием метастазирования первичного рака печени, подвергающихся локальной криодеструкции опухолей, для последующего определения оптимальных схем и алгоритмов назначения химио- и иммунотропной терапии, а также эффективности их комбинации.

Материалы и методы. В проспективное исследование вошли 40 человек. Развернутые клинико-лабораторные и иммунные исследования проведены у 20 (50,0%) пациентов со злокачественными новообразованиями печени и поджелудочной железы. Группу сравнения составили 20 (50,0%) здоровых добровольцев. Сроки клинико-лабораторных и иммунных исследований: до проведения криоабляции, и в различные сроки десятидневного периода после оперативного вмешательства. Иммунный анализ фенотипа фагоцитарных и лимфоидных клеток у пациентов выполняли в цельной венозной крови (антикоагулянт ЭДТА) на проточном цитофлуориметре FACS Calibur (Becton Dickinson, США) с помощью панели моноклональных антител, меченых флу-орохромами (PE, FITC) с соответствующими изотипическими маркерами по прописи фирмы Becton Dickinson. Уровень иммуноглобулинов (A, M, G) в сыворотке крови измеряли методом турбидиметрии на биохимическом анализаторе Hospitex (Голландия), а кислородного метаболизма фагоцитов – методом хемилюминесценции на мультиплетном анализаторе Synergy 2 SLAD (США).

Результаты. У ряда пациентов до хирургического вмешательства отмечали негативные изменения иммунной системы: 1. развитие оксидативного стресса фагоцитов у 55% пациентов; 2. дисбаланс иммунорегуляции у 50% больных за счет снижения цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов; 3. достоверный ($p<0,05$) дефицит гуморального иммунного звена (IgM); 4. у 20% пациентов отмечали выраженную воспалительно-тканевую деструкцию, признаки начинающегося истощения иммунной системы. В ранние сроки после проведения криодеструкции у подавляющего числа пациентов отмечалось преимущественное возрастание лейкоцитоза со сдвигом формулы крови влево, гранулоцитарных клеток с экспрессией аналогов рецепторов для ФНО и высокоаффинных рецепторов для IgG (CD64), что может отражать функциональную актива-

цию фагоцитов. На протяжении всего послеоперационного периода по сравнению с исходными данными фактически сохранилось количество пациентов с усиленным оксидативным стрессом и воспалительно-тканевой деструкцией (в пределах 60%). Следует отметить, что определенная роль в тканевом разрушении могла принадлежать активным кислородным радикалам, накапливающимся в результате усиленного оксидативного стресса фагоцитов. У небольшого количества пациентов после криоабляции к концу исследования произошла функциональная активация киллерных клеток, что отражает усиление противоопухолевого иммунитета, иммунорегуляции и синтеза цитокинов. Важно отметить, что нарушения иммунной системы, отмеченные у ряда пациентов до оперативного вмешательства сохранялись до конца исследований, что обосновывает проведения иммунотропной терапии уже в предоперационный период.

Заключение. Предварительные результаты свидетельствуют о целесообразности применения иммунотропных препаратов при криоабляции в аспекте нивелирования нарушений клеточного иммунного звена и истощения иммунной системы, купирования оксидативного стресса фагоцитов и воспалительно-тканевой деструкции, повышения киллерной активности клеток.

КРИОХИРУРГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Комкова Т.Б., Сало В.Н., Нороева Т.А.

ФГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Быстрый рост злокачественных опухолей, бессимптомность ранних стадий, раннее метастазирование объясняют низкую операбельность (8-20%), высокую послеоперационную летальность (от 4-6,5% до 12,5-21%). Операцией выбора является резекция печени в пределах здоровых тканей.

Для улучшения результатов хирургического лечения в клинике хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии при операциях по поводу злокачественных опухолей печени успешно применяется криовоздействие при t -196˚С с помощью оригинальной криохирургической аппаратуры. Осуществлено 75 резекций (сегментэктомии гемигепатэктомии, расширенные гемигепатэктомии): криоультразвуковым скальпелем – 9, обычным скальпелем с криодеструкцией культи печени по линии резекции – 66, перерезекции с криодеструкцией культи – 3. Криодеструкция метастазов печени произведена в 6 наблюдениях, криодеструкция опухоли и стентирование протоков – в 6 наблюдениях при опухоли Клацкина.

Преимущества криовоздействия: уменьшение кровопотери, на 25% за счет промораживания мелких сосудов (до 1 мм), повышение абластичности операций в результате гибели опухолевых клеток под воздействием сверхнизких температур. Умерло 4 (4,7%) пациента. Выживаемость после резекции печени до 1 года составила 74.6%, до 3-х лет – 52%, до 5 лет – 40%.

Доброкачественные опухоли печени в основном были представлены гемангиомами и аденомами. По поводу гемангиом печени оперирован 141 больной. Показаниями к оперативному лечению считали одиночные гемангиомы размером более 5 см, быстро растущие гемангиомы любых размеров, осложнения гемангиом (разрывы, некроз). Операцией выбора была резекция печени. С целью снижения интраоперационной кровопотери, абластичности также применяли криоскальпель, криодеструкцию культи по линии резекции. Характер вмешательств был следующим: криорезекция – 20, обычная резекция с криодеструкцией культи – 91 (в том числе лапароскопическая – 1), криодеструкция гемангиом (до 3 см) – 22 (в том числе 13 лапароскопических), энуклеация гемангиом с криодеструкцией их ложа – 8. После резекции печени умерло 3 (2,7%) пациента, отмечен 1 рецидив гемангиомы.

По поводу аденом печени оперировано 9 человек: криорезекции – 4, обычных резекций с криодеструкцией культи – 5. Летальных исходов, рецидивов опухоли не было.

Заключение. Применение криовоздействия (t˚-196˚С) при операциях по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей печени уменьшает кровопотерю, повышает абластичность, тем самым предупреждает рецидивы, продляет жизнь больным.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ КИСТОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Морозов С.В., Лобаков А.И., Дегтярева Н.С.

ГБУЗ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), Москва, Россия

ГБУЗ Клинический медико-хирургический центр МЗ Омской области, Омск, Россия

Материалы и методы. В период с 1999 по 2016 гг. оперировано 54 больных с доброкачественными кистозными опухолями поджелудочной железы (ДКОПЖ). Больные были разделены на две группы: 1-я группа (n=29 (53,7%) – больные, которым выполнена резекция поджелудочной железы с кистозной опухолью. 2-я группа (n=25 (46,3%) – больные, которым выполнена резекция поджелудочной железы с кистозной опухолью в сочетании с криодеструкцией (КД) на вынужденно оставленную «пластинку» ДКОПЖ на непарных сосудах. КД жидким азотом (-196°С) осуществляли в режиме криоаппликации с помощью автономного криохирургического аппарата КриоИней, и в сочетании с криоорошением у больных с ДКОПЖ больших размеров.

Оперативные вмешательства, выполненные больным 1-й группы (n=29): панкреатодуоденальная резекция – 13, дистальная резекция со спленэктомией – 9, резекция головки ПЖ – 4 (Бегер – 3, Фрей – 1), энуклеация – 1, медиальная резекция – 1, резекция стенки кистозной опухоли – 1. Оперативные вмешательства, выполненные больным 2-й группы (n=25): панкреатодуоденальная резекция – 7, дистальная резекция со спленэктомией – 3, дистальная резекция со спленэктомией, адреналэктомией – 1, дистальная резекция с сохранением селезенки – 1, изолированная резекция головки по Frey – 5, резекция стенки ДКО – 7, резекция стенки ДКО с продольным панкреатоеюноанастомозом – 1. У 4 больных при ДКО головки ПЖ имел место интимный контакт опухоли со структурами гепатодуоденальной связки, плотный периопухолевый инфильтрат, в связи с чем, выполнение панкреатодуоденальной резекции не представлялось возможным. У этой категории больных применено сочетание методов криоорошения и криоаппликации: 3 криоцикла с самопроизвольным оттаиванием, на стенки ДКО головки по разработанному авторами способу, как I-й этап лечения.

Гистологическая характеристика ДКОПЖ: серозная цистаденома – 20, муцинозная цистаденома – 12, ВПМО – 19, пограничная (с умеренной дисплазией эпителия) – 2, зрелая тератома – 1. Область КД: гепатодуоденальная связка – 5, воротная и верхнебрыжеечная вены – 13, аорта – 1, чревный ствол – 1, линия резекции поджелудочной железы – 2, нижняя полая вена – 2, ложе опухоли – 1.

Результаты. В 1-й группе (n=29) осложнения развились в 31% случаев (панкреонекроз – 1, ТЭЛА – 1, панкреатический свищ – 1, острое жидкостное скопление – 3, абсцесс культи – 2, гастростаз – 1). Во 2-й группе (n=25) – в 20% (панкреонекроз – 1, панкреатический свищ – 1, острое скопление жидкости – 2, абсцесс культи – 1). Достоверных различий в частоте осложнений между обеими группами нет (p=0.28).

Средний койко-день в 1-й группе составил 23,9+7,58, во 2-й группе – 25,6+12,03 (p=0.641). Все пациенты с криовоздействием на стенку кистозной опухоли на непарных сосудах наблюдаются на протяжении от 8-ми месяцев до 11-ти лет, данных за продолженный рост опухоли нет. Больного с криодеструкцией ДКО головки ПЖ, абдоминизацией и продольным панкреатоеюноанастомозом через 6 месяцев выполнено КТ с контрастированием, кистозное образование в головке ПЖ не обнаружено, данных за продолженный рост опухоли нет. В данном клиническом случае КД ДКО головки ПЖ стала единственным методом лечения. В дальнейшем больной не обращался, на активный вызов не ответил. В обеих группах повторно оперировано по одному больному с абсцессом культи ПЖ. Во 1-й группе летальных исходов не было. В 2-й группе умер один больной после панкреатодуоденальной резекции от печеночно-почечной недостаточности на фоне хронического алкогольного гепатита.

Выводы. 1. КД не повышает риск развития осложнений в раннем послеоперационном периоде и не увеличивает сроки пребывания в стационаре.

2. КД на стенку ДКОПЖ повышает абластичность и радикализм операции.

3. Больные после КД на оставшийся фрагмент ДКОПЖ должны находиться под наблюдением у хирурга с лабораторным (онкомаркеры) и КТ контролем.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ, КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ АБЛАСТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Диникин М.С., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Хлобыстина А.Г.

ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Эволюция хирургических подходов к лечению метастазов колоректального рака в печени за последние 10 лет претерпела множество изменений. Допустимый отступ от края метастаза с минимального 1,0 см уменьшился до 1,0 мм. Однако встречаются ситуации, когда, несмотря на использование эффективных химиопрепаратов, методов диагностики и профилактики пострезекционной печеночной недостаточности, не удается выполнить R0 резекцию печени. У пациентов с R1 резекцией метастазов печени частота рецидивов в крае резекции составляет от 9-55%, тогда как при R0 от 3-8%, а 5-я выживаемость меньше 20%, тогда как при R0 от 37 до 64%. В таких случаях применение криовоздействия при R1 резекциях на край печени позволяет повысить абластичность операции, снизить частоту рецидивов и увеличить продолжительность жизни.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 127 пациентов с метастазами колоректального рака в печени: с метахронными метастазами – 70 (55,1%) пациентов, с синхронными – 57 (44,9%). Резекции 4-х и более сегментов печени выполнены у 40 пациентов, из них расширенные гемигепатэктомии выполнены 15 пациентам. После удаления препарата всем пациентам с видимым краем резекции менее 0,5 см выполняли цитологическое исследование края резекции через мазок-отпечаток. При наличие опухолевых клеток в крае резекции выполняли криовоздействие при помощи аппликаторов из никелида титана 3 цикла до полного оттаивания аппликатора. При отсутствии опухолевых клеток выполняли однократное криовоздействие.

Результаты. Криовоздействие на край резекции печени выполнено 38(29,9%) пациентам. У 4 пациентов цитологически подтверждён R1 край резекции. Местных рецидивов не наблюдалось. Выживаемость в группах пациентов с и без криовоздействия на край резекции печени достоверно не различалась. Общая выживаемость пациентов составила 48 мес. Медиана выживаемости среди пациентов синхронными и метахронными метастазами составила 36 и 48 мес соответственно. Из 127 умерли 35 (27,6%) пациентов. Остаются под наблюдением 80 (63,0%) пациентов в сроки от 6 до 70 мес.

Выводы. Применение криовоздействия на край резекции печени при пограничном или R1 крае резекции, является эффективным дополнением к резекции печени, что приводит к улучшению показателей выживаемости и снижению риска рецидива.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОХИРУРГИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Чжао А.В., Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Карельская Н.А.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, 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. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского в период с января 2012 г. накоплен опыт криодеструкции (КД) 50 больных (у 10 (20,0%) больных первичным и 40 (80,0%) метастатическим раком печени). Среди больных (5 мужчин и 5 женщин) первичным раком ГЦР был выявлен у 6 и ХЦР – у 4. Средний возраст составил 49+6 лет. У больных вторичными поражениями печени (25 мужчин, 15 женщин)

вмешательства выполнялипо поводу метастазов колоректального рака (КРР) (17), рака поджелудочной железы (13), рака желудка (3), нейроэндокроинных новообразований (2), рака желчных протоков (2), рака БДС (1), рака молочной железы (1) и почки (1). Средний возраст составил 57+6 лет.

Для проведения КД использовали российские приборы «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-губчатые аппликаторы из никелида титана. Применяли криоаппликаторы диаметром от 1 до 5 см. Целевая температура составляла -186 °С. Время экспозиции – от 1 до 5 минут. Число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 8 (в среднем – 3,6). Всем больным в последующем была проведена адъювантная химиотерапия, в 16 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

В группе больных первичным раком печени КД в 3 наблюдениях была произведена в сочетании с резекцией печени и РЧА. Подобное сочетанное хирургическое лечение в группе больных метастатическим поражением печени было применено в 6 случаях. КРР КД была дополнена чрескожной алкоголизацией образований в послеоперационном периоде у 5 больных ГЦР и 1 с метастазами.

Результаты. В послеоперационном периоде в группе больных первичным раком печени было отмечено внутрибрюшное кровотечение – в 1 (12,5%) случае; в 1 (12,5%) наблюдении печеночно-почечная недостаточность привела к развитию синдрома полиорганной недостаточность, а затем к летальному исходу на 47 сутки после вмешательства (резекция печени+ КД+РЧА).

В группе вторичных образований печени в послеоперационном периоде были отмечены следующие осложнения: внутрибрюшной кровотечение -2 (5%) наблюдения, желудочное кровотечение – 1 (2,5%), желчный свищ – 1 (2,5%), асцит – 6 (15%), гидроторакс – 4 (10%), правосторонняя нижнедолевая пневмония – 2 (5%).

Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных первичным раком печени: 6 мес. – 87,5%, 12 мес. – 75%, 24 мес. – 62,5%, 28 мес. – 50%. Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с МТС в печень 6 мес. – 95%, 12 мес. – 72%, 24 мес. – 60%, 36 мес. – 28%.

Выводы. КД при первичном и метастатическом раке печени у нерезектабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающем качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. В связи с улучшением качества жизни на фоне соответствующей адьювантной химиотерапии отмечается и некоторое улучшение показателей выживаемости.

Мультидисциплинарный подход к лечению является ключевым при лечении таких пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Карельская Н.А.

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

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов раком поджелудочной железы при применении криотехнологии в лечении местнораспространенного рака поджелудочной железы.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с января 2012 г. криодеструкция опухолей поджелудочной железы была произведена 65 пациентам (мужчин – 35 (53,8%), женщин – 30 (46,2%). Средний возраст составил 52±6 года. Аденокарцинома была выявлена у 59 больных (90,7%), цистаденокарцинома – у 6 (9,3%). Размер образований в поджелудочной железе – от 2,5 до 10 см. У 7 пациентов применяли одновременное криовоздействие на опухоль поджелудочной железы и метастазы печени. Локальная деструкция была дополнена формированием обходных анастомозов в 42 (64,6%) наблюдениях.

Использовали российские приборы «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-губчатые аппликаторы из никелида титана. Применялись криоаппликаторы диаметром от 2 до 5 см. Целевая температура составляла -186 °С. Время экспозиции – от 3 до 5 минут. Число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 5 (в среднем – 2,4).

Всем больным в последующем была проведена адъювантная химитерапия, в 10 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Летальных исходов в ходе вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде отмечено не было. Внутрибрюшное кровотечение было отмечено у 3 (4,6%) больных (из-за трещин, появившихся на границе ткани поджелудочной железы и “iceball” – 1; артерия была повреждена в процессе биопсии после криодеструкции – 1, кровотечение из сосуда бассейна берхней брыжеечной артерии (1) остановленное путем рентгенэндоваскулярного вмешательства). Острый панкреатит был отмечен в 5 (7,7%) случаях; нагноение в зоне манипуляции – в 2 (3,1%), эвентрация – в 1 (1,5%). Асцит выявили у 12 (18,5%) больных (купировали в течение 5 – 8 дней консервативно). После криодеструкции полное исчезновение болевого синдрома было отмечено у 39,2%, значительное снижение его интенсивности – у 41,6%.

Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с раком поджелудочной железы: 6 мес. – 56%, 12 мес. – 28%, 24 мес. – 15%, 28 мес. – 4,3%.

Выводы. Близкое расположение магистральных сосудов не является противопоказанием к проведенению криодеструкции злокачественных образований поджелудочной железы. Криодеструкция при раке поджелудочной железе 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.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Штофин С.Г., Штофин Г.С.

ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск. Россия

Пятилетняя выживаемость среди всех случаев диагностированного рака поджелудочной железы не превышает 1%. При нерезектабельном раке поджелудочной железы болевой синдром является наиболее тяжелым, изнуряющим проявлением заболевания. Он обусловлен опухолевой компрессией, деструкцией нервных окончаний поджелудочной железы и сплетений забрюшинного пространства.

С целью разрушения части нерезектабельной опухоли нами у 34 пациентов использован метод криодеструкции, из них рак головки железы имелся у 23 (67,6%) больных, тела – у 11 (32,4%). Деструкцию проводили с помощью пористо-проницаемого аппликатора из никелида титана производства НИИ материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) в режиме быстрого замораживания с медленным оттаиванием с экспозицией в 5 мин. не менее 3 раз воздействия при температуре -186°С. У 3 пациентов имело место глубокое врастание опухоли в ствол воротной вены со стороны крючковидного отростка, не распознанное до операции и обнаруженное после пересечения железы над воротной веной и мобилизации панкреатогастродуоденального комплекса. Панкреатодуоденальная резекция им была выполнена с оставлением участка опухоли в месте ее врастания в воротную вену. Оставленный участок опухоли был подвергнут криодеструкции в режиме быстрое замораживание со спонтанным оттаиванием с экспозицией 10 мин. дважды.

При криодеструкции кроме прямого разрушения клеток в очаге опухолевого роста, во всей области криовоздействия прекращается крово- и лимфоток, что в определенной мере препятствует диссеминации опухоли. Подвергнутая замораживанию и некрозу опухолевая ткань в результате всасывания белковых продуктов омертвевшей опухоли вызывает в организме специфических противоопухолевых антител. Сыворотка крови таких больных приобретает канцеролитические свойства, что ведет к замедлению роста клеток первичного очага. Исследование РЭА у 20 пациентов до криодеструкции показало повышение его уровня выше нормального в 10 и более раз. После криодеструкции у 12 он снизился почти до нормальных показателей, у 6 снизился в 2 раза. Улучшение качества жизни является одним из основных достоинств метода криодеструкции опухолей поджелудочной железы.

VI. РЧА ИЛИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗЕКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Алиев М.А., Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З., Султанова Р.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Резекция печени является операцией выбора при очаговых поражениях различной этиологии. Данные вмешательства возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высокотехнологичным оборудованием и организации адекватной интенсивной терапии. В хирургической гепатологии уже апробированы такие резекционные технологии, как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерный скальпели и др.

Анализу подвергнуты результаты лечения 99 пациентов с очаговыми поражениями печени, которым были выполнены резекции различного объема. Опухолевый процесс имелся у 49 (50,5%) пациентов, из них гепатоцеллюлярная карцинома в 6 (12,3%) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома хилярной локализаций – в 4 (8,1%), кавернозная гемангиома – в 12 (24,5%), метастатический рак печени – в 27 (55,1%). Эхинококкоз печени выявлен в 49 (49,5%) случаях.

Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 3 (2,3%) наблюдениях, левосторонняя – в 32 (31,4%), атипичные резекции – в 60 (62,9%), щадящая хиатальная резекция печени – в 4 (3,4%).

В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. Основная группа – 55 (55,6%) пациентов, где при резекции печени были использованы электрохирургический нож (для рассечения глиссоновой капсулы), ультразвуковой деструктор-аспиратор и ультразвуковой диссектор (для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур). Контрольная группа – 44 (44,4%) пациента, где при резекции были применены электрохирургический нож, механическое разрушение паренхимы печени по линии резекции и LigaSure.

Для оценки послеоперационных осложнений использовали классификацию по Dindo-Clavien на протяжении 60 дней после операции.

В основной группе больных медиана кровопотери составила 125 (100:150) мл, в контрольной 200 (150:250) мл ($p<0,05$).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АБЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Рагимов В.А.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности радиочастотной абляции (РЧА) и микроволновой абляции у больных с опухолями печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 52 абляций. Все вмешательства выполняли по поводу метастатического поражения печени. Радиочастотную абляцию выполняли в 41 случае, микроволновую абляцию – в 11 случаях. Чрескожную абляцию выполняли у 41 пациента, в качестве комбинированного вмешательства при открытой операции – в 10 случаях, лапароскопический доступ выбран для абляции в 1 случае. В 2 случаях при опухолях, граничащих с сосудами, абляцию выполняли в условиях сосудистой изоляции печени. В 24 случаях при помощи РЧА выполняли диссекцию паренхимы печени.

Результаты. Значимых осложнений и летальности у больных в исследовании отмечено не было. В одном случае, при абляции очага размерами 7 см с сосудистой изоляцией печени, отмечалось развитие абсцесса печени.

3-х и 5-ти летняя общая выживаемость составила 32.4% и 16.2% соответственно, медиана выживаемости 27 месяцев. 3-х и 5-ти летняя безрецидивная выживаемость составила 27,0% и 13.5% соответственно, медиана – 16 мес.

У больных с солитарными и единичными очагами (до 3-х включительно) медиана выживаемости составила 33,5 мес., с 4-5 очагами 25 мес., с 6-ю и более – 19 мес. (p= 0.01).

У больных с размером наибольшего очага до 3-х см медиана выживаемости составила 38 мес., при размерах от 3-х до 5-ти см – 33 мес., более 5-ти см – 18 мес. (p=0.01).

В 2 случаях, требующих сосудистой изоляции (очаги, располагающиеся на долевых ветвях воротной вены, размерами 7 и 5 см), абляция выполнена из 2-х точек доступа, при этом прогрессирования отмечено не было.

При анализе эффективности диссекции с помощью РЧА – средняя кровопотеря составила 598,14±145,76 мл, продолжительность операции 297,34±22,12 мин.

Выводы. 1. Радиочастотная и микроволновая абляция является безопасным и эффективным методом лечения метастазов печени, позволяющим достичь хороших показателей отдаленной выживаемости.

2. На эффективность РЧА влияет количество очагов печени и размер наибольшего очага. Наихудший прогноз наблюдается при наличии 6 и более очагов в печени, а так же если размер наибольшего очага свыше 5 см.

3. Расположение опухоли на крупных сосудах не является противопоказанием к выполнению абляции. Выполнение процедуры в радикальном объеме возможно в условиях сосудистой изоляции печени.

4. Диссекция паренхимы печени при помощи РЧА является эффективным методом, позволяющим значительно уменьшить интраоперационную кровопотерю и сократить время операции.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Бобраков М.А., Топузов Э.Э., Балашов В.К., Топузов Э.Г., Дрогомирецкая Е.И., Зотеев А.Н., Круглов А.Н., Бараков Я.В., Бехбудов Х.Э., Бестаева Д., Семинютина И.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) является 3-ей по частоте причиной смерти от онкологических заболеваний, что связано с диссеминацией процесса в виде появления отдаленных метастазов.

У 25% больных с впервые выявленным КРР определяются синхронные метастазы, при этом у 50% больных в течении болезни также развиваются метастазы в печень. Хирургический метод является основным в комбинированном лечении метастатического КРР, однако только у 10% больных с впервые выявленными метастазами в печени возможно выполнение резекции печени. Благодаря современным достижениями в печеночной хирургии и онкологии радикальные резекции печени удается выполнить 20% больных и достичь 5-летней выживаемости в 30-40%.

Цель исследования: оценить преимущества сочетанного применения резекции и РЧА у больных с очаговыми поражениями печени.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля с 2000 по 2017 года оперированы 56 больных (19 (33,9%) мужчин, 37 (66,1%) женщин) по поводу метастатического поражения печени вследствие КРР, из них 22 больным выполнены симультанные резекции печени.

Результаты. Изолированное поражение печени выявлено у 31 больного (правая доля – 21, левая доля – 10); у 25 больных патологические очаги располагались как в правой, так и в левой долях печени. Алгоритм диагностики включал изучение клинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, определение онкомаркеров, данных ФКС, УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием. МСКТ позволила детально оценить поражение паренхимы печени, инвазию в соседние структуры, поражение лимфатических узлов. Наиболее диагностически значимой явилась пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволившая не только получить гистологический материал у всех больных, но и одномоментно у 4 больных провести РЧА образования печени. Больным выполнялись хирургические вмешательства различного объема: РЧА метастазов КРР 17 больным; резекция толстой кишки + РЧА метастазов КРР 6 больным; резекция печени + РЧА 14 больным; резекция печени 7 больным (1 правосторонняя гемигепатэктомия – метастатический очаг занимал все правую долю печени); резекция печени + резекция толстой кишки 9 больным (1 левосторонняя гемигепатэктомия – метастатический очаг занимал всю левую долю печени); резекция толстой кишки + сочетание РЧА метастазов КРР и резекции печени 3 больным. Наиболее прогностически значимыми факторами развития послеоперационной гепатоцеллюлярной дисфункции являлся объем остающейся после оперативного лечения паренхимы печени менее 550 см^3 на 1 м^2 поверхности тела и наличие сопутствующего заболевания печени.

Заключение. Сочетание резекции печени и РЧА позволяет расширить показания для оперативного лечения в следующих случаях: при билобарном поражении печени; при невозможности выполнить удаление всех метастазов КРР только резекционными методами из-за малого остающегося объема и функциональной недостаточности паренхимы печени; при выполненной ранее резекции печени.

ПРИМЕНЕИЕ ТЕРМОАБЛЯЦИОННЫХ МЕТОДИК ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Чжао А.В.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. В Институте хирургии радиочастотная абляция (РЧА) применяется с 2001 г. С 2002 г., начал широко использоваться аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. С применением данного аппарата было выполнено 36 резекционных вмешательств на печени. Микроволновая абляция (МВА) в Институте выполняется с 2008 г., использовали аппарат MedWaves AveCure® с набором антенн. Резекции печени с применением МВА была выполнена у 4 больных.

Показаниями к применению термоабляционных методик при резекции печени служили:

- выраженные цирротические изменения печени;
- низкий функциональный резерв печени;

- множественные билобарные поражения печени, в сочетании с термодеструкцией остающихся патологических очагов печени;

- выраженные коагулопатии.

Вмешательства в объеме атипичной резекции с применением методов термоабляции применялись при следующих морфологических формах: первичный рак печени на фоне цирроза (23), метастатическое поражение печени (10), рак желчного пузыря (5), доброкачественные опухолевые поражения (2). Все вмешательства выполнялись под интраоперационным ультразвуковым контролем. При выполнении сегменториентированных вмешательств (5) до выполнения резекции производили выделение и перевязку элементов соотвествующей сосудисто-секреторной ножки. В 16 (40%) наблюдениях резекция печени совмещалась с термодеструкцией остающихся новообразований. Все вмешательства заканчивались установкой контрольного силиконового дренажа к хоне резекции. Более половины пациентов после вмешательства были подвергнуты адьювантной химиотерапии. Послеоперацинный контроль включал проведение МРТ в первые сутки после вмешательства и УЗИ на 1,2,5-7 день после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде в исследуемой группе был отмечен 1 летальный исход на 5 день послеоперационного периода при вмешательстве по поводу ГЦР 5 сегмента печени на фоне выраженного цирроза в следствии явлений нарастающей печеночной, а затем и полиорганной недостаточности. Случаев крове- и желчеистечения по срезу резекции печени отмечено не было. При инструментальном контроле в сроки до 8 лет рецидива по краю резекции отмечено не было.

Выводы. При выполнении анатомической резекции печени применение методик термоабляции без предварительных выделения и лигирования стромальных структур чреваты развитием интра- и послеоперационных осложнений. Использовать термоабляционные методики при резекции печени следует при угрозе развития печеночной недостаточности предпочтительно в атипичном варианте. Вмешательства следует выполнять под ультразвуковым контролем. Интраоперационно по данным УЗИ необходимо оценить жизнеспособность остающейся паренхимы печени. Необходим соответствующий контроль в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ И ХИМИЧЕСКОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А.

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

Применение малоинвазивных вмешательств, при операциях на печени, поставило вопрос целесообразности и эффективности применения комбинации различных малоинвазивных методов локальной деструкции. Одной из наиболее перспективных комбинацией малоинвазивных методик является применение радиочастотной термоабляции с введением в очаг этилового спирта.

Цель исследования: оценить результаты комбинированного применения радиочастотной абляции (РЧА) с введением очаг этилового спирта выполняемых под ультразвуковым контролем.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 14 пациентов с очаговыми злокачественными поражениями печени за период с 2010 по 2017 г. Средний возраст пациентов составил 63,9±11,6 лет. Метастатическое поражение было отмечено в 6 наблюдениях (нейроэндокринная опухоль печени – 1, метастаз почечноклеточного рака – 1 колоректальный рак – 4), гепатоцеллюлярный – в 7 случаях, холангиоцеллюлярный рак – в 1 случае. Средний размер очага составил 29±14 мм. Использовали комбинацию РЧА и введения в опухолевую ткань 95% этилового спирта в объеме от 10 до 40 мл. под ультразвуковым контролем. В 12 наблюдениях такая комбинация была применена в виде самостоятельного метода лечения, в 2 случаях – в сочетании с резекцией печени в различном объеме. Стоит отметить, что у 7 пациентов ранее уже были выполнены оперативные вмешательства на печени. Резекционные вмешательства различного объема были выполнены у 4 пациентов, одно из которых было дополнено РЧА двух очагов. В 1 случае используемой комбинации, предшествовала сочетанная обработка очага радиочастотной термоабляции с

последующей криодеструкция. Среднее число обработанных очагов составило 1.6±0.8. Наибольшее число очагов равнялось 3, что наблюдали в 3 случаях. Количество сеансов абляции одного очага варьировало от 1 до 7. Среднее время воздействия на 1 очаг составило 23,1±15,4мин

Результаты. Летальных исходов в наблюдаемом послеоперационном периоде отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде 2 пациентам потребовалось проведение дополнительных сеансов химической абляции в ближайшие сроки от момента операции, одному из которых удалось добиться полной обработки очага. В 1 случае по согласованию с онкологом было принято решение о продолжении химиотерапевтического лечения с оценкой результатов после проведения сеанса химиотерапии. В 1 случае у пациентки с нейроэндокринной опухолью с учетом объема поражения проведение дополнительных вмешательств было признано нецелесообразным. У 10 пациентов удалось достичь адекватной деструкции очага (УЗИ, МРТ). Безрецидивный период колебался в значительноых пределах и в среднем составил 12,1±13,9 месяца. Безрецидивный период в группе пациентов с метастазами колоректального рака был значительно выше, чем в группе ГЦР+ХЦР (24,2±18,1 месяца для против 6,9±8,8 месяца соответственно), однако срок наблюдения группы ГЦР+ХЦР составил значительно меньший период. Наименьший безрецидивный период (2,3 месяца) был у пациента с гепатоцеллюлярным раком, которому потребовалось проведение дополнительных сеансов абляции. Максимальный безрецидивный период (40,1 месяц) наблюдался у пациента с двумя метастазами колоректального рака, метастаз с центральным расположением был обработан комбинацией указанных методик интраоперационно в сочетании с резекции метастатического узла из правой доли печени.

Заключение. Применение методов локальной деструкции позволяет выполнять хирургическое лечение пациентам с множественным полисегментарным поражением печени и, в отличие от резекции органа, может применяться многократно при появлении новых очагов или при продолжении роста обработанной опухоли, а комбинация данных методов способна аккумулировать преимущества данных методик тем самым увеличив их эффективность.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ИЛИ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЫХ ОПУХОЛЯХ

Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д.

ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

Введение. Частота первичного рака печени в России составляет 3–5 человек на 100 тыс. населения, а метастатического – в 20–30 раз выше. Операбельность, не превышающая 15-20%, диктует необходимость поиска новых технологий у больных со злокачественным поражением печени, не подлежащих хирургическому лечению. Большое значение в оптимизации комбинированного лечения имеет метод локальной деструкции опухолей печени – радиочастотная абляция (РЧА).

Цель исследования: определение оптимального объема операции у больных с малыми опухолями печени на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов применения РЧА и резекции печени.

Материалы и методы. В период 2012-2016 гг. пролечено 200 пациентов с первичными и метастатическими опухолями печени в возрасте 47-75 лет. Средний возраст составил 63,6±7,1 лет. Мужчин было 87 (43,5%), женщин – 113 (56,5%). Метастазы колоректального рака диагностированы у 141 (70,5%) больного, ГЦК – у 28 (14%), метастазы рака других органов – у 31 (15,5%). Опухоли преимущественно локализовались в правой доле печени: в S5 – 36 (18%) случаев, в S6 – 44 (22%), в S7 – 24 (12%), в S8 – 23 (11,5%). В левой доле печени рак встретился у 73 (36,5%) больных. Размеры очагов составили 1,5-6 см в диаметре. Очаговые образования располагались интрапаренхиматозно в 72%, случаев, субкапсулярно – в 28%. Количество опухолевых очагов варьировало от 3 до 5. Атипичные резекции печени выполнены 56 пациентам, РЧА – 144 больным чрескожно под сонографическим контролем. Продолжительность сеансов РЧА составила 8-30 минут. Размеры опухолей при проведении РЧА не превышали 5 см в диаметре. Повторные сеансы РЧА вы-

полнены 18 (12,5%) пациентам в сроки 3-11 месяцев при рецидиве или продолженном росте опухоли, возникновении новых очагов.

Результаты. Атипичные резекции печени сопровождались минимальной кровопотерей, послеоперационные осложнения составили 8,9% (n=5): кровотечение из зоны резекции печени в 2 случаях, билома подпеченочного пространства, поддиафрагмальный абсцесс и реактивный плеврит – по 1 случаю. После РЧА осложнения наблюдали в 4 (2,8%) случаях– субкапсулярная гематома, наружный желчный свищ, поддиафрагмальный абсцесс, реактивный плеврит (по 1 случаю). Больные с поддиафрагмальным абсцессом, реактивным плевритом, биломой, гематомой пролечены пункционно-аспирационными методами под сонографическим контролем. При кровотечениях выполнены релапаротомии и хирургический гемостаз. Трех- и пятилетняя выживаемость после атипичных резекций печени составила 44,6% и 26,8% соответственно. Сопоставимые результаты получены после РЧА опухолей: 3-летняя продолжительность жизни составила 42,4%; 5-летняя – 22,9%.

Выводы. Результаты лечения злокачественных опухолей печени зависят от объема поражения печени, количества опухолевых очагов, билобарности поражения, комбинации хирургического лечения и химиотерапии, функционального состояния печени. Радикальное хирургическое вмешательство является золотым стандартом. При малых размерах опухолей, расположенных субкапсулярно, целесообразно выполнение атипичных резекций. Экономные резекции печени сопровождаются меньшим количеством осложнений. При интрапаренхиматозном расположении опухолей показаны методы локальной деструкции – РЧА. Результаты резекций печени и РЧА при малых опухолях сопоставимы.

ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Кошель А.П., Клоков С.С., Азанов А.З., Красноперов А.В., Дибина Т.В.

ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова, Томск, Россия
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Северск (Томская обл.), Россия

Цель исследования: оценить эффективность выполнения радиочастотной абляции (РЧА) у больных с метастазами рака в печень.

Материалы и методы. Было произведено 38 сеансов РЧА у 12 больных с очаговыми поражениями печени, из них по поводу метастазов рака желудка в печень выполнено 26 сеансов РЧА у 7 (58,3%) больных, у 5 (41,7%) пациентов 12 сеансов РЧА были выполнены по поводу метастазов колоректального рака. Число вторичных образований размерами от 5 до 57 мм колебалось от 1 до 12. Мужчин было 8 (66,7%), женщин – 4 (33,3%), возраст – от 41 до 68 лет (53,2±4,8 лет).

Отбор больных для РЧА с учетом размеров и числа метастатических узлов, а также контроль за ближайшими и отдаленными результатами осуществлялся с помощью ком-плексного ультразвукового исследования (В-режим, допплерографические методики и трехмерная реконструкция).

РЧА проводили чрескожным (15 сеансов) и открытым путем (23 сеанса) аппаратом для радиочастотной абляции опухоли «РЧАО-01» с набором водоохлаждаемых элек-тродов под УЗ-контролем (аппарат Aquix, датчики пункционный LD и конвексный 3,5 МГц с пункционным адаптером).

У 8 пациентов во время открытой РЧА метастазов проводилась одномоментная ре-зекция печени в объеме: ПГГЭ (1), бисегментэктомия (4) и сегментэктомия (3).

Все вмешательства проводили по поводу первично выявленных очагов и во всех наблюдениях сочетались с проведением курса химиотерапевтического лечения.

Результаты. Осложнений связанных с применением РЧА не отмечено. У 4 (33,3%) пациентов в ближайшем послеоперационном периоде отмечалась гипертермия до 38,7°С, в течение 7 – 10 сут. На фоне проводимой противовоспалительной и антибактериальной терапии температура нормализовалась. Через год после РЧА живы 7 (58,3%) пациентов, при этом у 2 больных отмечено уменьшение количества и размеров очагов в среднем на 47,4±7,2%, у 3 пациентов отмечается стабилизация процесса. У 2 больных обнаружены новые очаги метастазирования в печени, при отсутствии роста со стороны узлов подвергшихся деструкции. 5 (41,7%) пациентов погибли в течение года от прогрессирования основного процесса. Важным моментом

является тот факт, что у всех пациентов с регрессией и стабилизацией процесса размеры очагов не превышали 3,4±1,2 см.

Заключение. Первый опыт применения метода радиочастотной абляции метастатических узлов в печени свидетельствует об его эффективности, особенно при величине «обрабатываемого» очага не более 4 см. Вместе с тем малое количество и сроки наблюде-ния не позволяют нам сделать достоверные выводы о месте данного метода в терапии ме-тастатического рака печени.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Пышкин С.А., Маслов В.Г., Борисов Д.Л.

Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Росси
МБУЗ Городская клиническая больница № 8, Челябинск, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных злокачественными опухолями печени, не подлежащих резекции.

Материалы и методы. За последние 20 лет пролечено 1556 больных с объемными поражениями печени (ОПП). Из них доброкачественных ОПП более 5 см – 512, злокачественные (первичные и метастатические) – 398, непаразитарные кисты печени – 379, эхинококк (гидатидозный и альвеолярный) – 197, абсцессы– 52; редкие ОПП (ангиосаркома, шваннома, актиномикоз, саркома и др.) – 18. Злокачественные опухоли составили 25,5% от всех ОПП. 24 больных составили группу, в которой проведена радиочастотная абляция (РЧА). Возраст пациентов варьировал в пределах от 49 до 75 лет. Женщин было 15 (62,5%), мужчин – 9 (37,5%). Чрескожная РЧА опухолей печени под контролем УЗИ выполнена21 больному, интраоперационно – 3. Все воздействия выполняли в условиях операционной под общей анестезией. Применяли электрохирургическую систему для РЧА RITA 1500X. Использовалась температура 100°С, экспозиция составляла 10 мин. При размерах опухоли 5-6 см проводили воздействие из нескольких точек по методике «перекрывающихся сфер». Надежность термоаблации обеспечивалась автоматическим мониторированием.

Эффективность процедуры определяли по данным УЗИ (транзиторная гиперэхогенная зона («ультразвуковая буря») и компьютерной томографии (КТ) с контрастированием. Показаниями для проведения РЧА опухолей печени были: диаметр опухоли до 5-6 см, высокая степень операционного риска, цирроз печени класс В-С по Child- Pugh. Противопоказаниями являлись: наличие у пациентов генерализации опухолевого процесса, а также субкапсулярное расположение опухоли с прилеганием к полым органам. Диаметр образований в наибольшем измерении варьировал от 1 до 6 см. Морфологическая верификация диагноза путем чрескожной биопсии образований печени выполнена у всех пациентов под контролем УЗИ.

Результаты. Первичный гепатоцеллюлярный рак был в 5 случаях, из них 3 на фоне цирроза печени; метастатический – у 19, из них колоректальный у 18, метастаз меланомы – 1. После РЧА при контрольном УЗИ зафиксировано четкое уменьшение размеров образований печени, отсутствие в них кровотока, границы поражений становились более четкими. При КТ очаг опухолевой ткани после воздействия РЧА визуализировался в виде слабоинтенсивной зоны без накопления контраста.

Большинство пациентов отмечали умеренную болезненность в эпигастрии первые 2-3 суток. Летальных исходов и осложнений не было. Сроки наблюдения составили от 1 года до 8 лет.

Выводы. Радиочастотная абляция является оптимальным методом лечения больных злокачественными опухолями печени с высокой степенью операционного риска. Этот метод лечения хорошо переносится больными, имеет малую частоту осложнений и позволяет увеличить, при соблюдении показаний, продолжительность жизни пациентов. Радиочастотная абляция является составной частью комплексного лечения опухолей печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ И МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Руткин И.О., Полысалов В.Н., Поликарпов А.А., Полехин А.С., Гранов Д.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Росссия

Цель исследования: изучить результаты радиочастотной (РЧА) и микроволновой (МВА) аблации в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями печени.

Материалы и методы. РЧА используется в протоколе комбинированного лечения злокачественных опухолей печени в клинике РНЦРХТ с марта 2003 г. С июня 2012 г. в клинике также применяется сходная по клиническому исполнению методика МВА. За этот период проведено лечение 321 больному со злокачественными новообразованиями печени (неоперабельный первичный рак печени – 60, метастатический рак – 261, в т.ч. колоректальный – в 184 случаях). РЧА осуществили 254 пациентам, МВА – 67 пациентам. Общее число узлов, подвергнутых воздействию, составило 469, размеры новообразований варьировали от 8 до 85 (в среднем 39±13) мм. УЗ-навигацию осуществляли при всех вмешательствах (n=392), в т.ч. повторных, при помощи конвексных датчиков к аппаратам Aloka SSD-500, Siemens Sonoline Omnia, GE Vivid 7, Toshiba Nemio XG. Чрескожный доступ использовался при хорошей визуализации опухоли в 290 случаях, в т.ч. трансплеврально с формированием правостороннего гидроторакса в 34 наблюдениях. Лапароскопический доступ для РЧА с использованием интраоперационной УЗ-навигации (Toshiba Nemio XG, датчик PEF704LA 7,0 MHz) применяли у 40 пациентов, в комбинации с резекцией печени в 19 случаях. При лапаротомии (n=62) выполнение аблации сочеталось с резекциями печени в 37 случаях, имплантацией системы порт-катетер в печеночную артерию у 42 пациентов, удалением первичной опухоли в 12 наблюдениях. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы “Radionics”, Covidien с рабочей частотой 480 KHz, мощность до 200 Вт и наборы одиночных или кластерных игольчатых электродов “Cool-tip” длиной 20-25 см, рабочей частью 2,5-3,0 см. МВА выполняли при помощи аппарата “Evident”, Covidien с рабочей частотой 915 MHz, мощностью 45 Вт и игольчатых охлаждаемых антенн длиной 17-22 см с рабочей частью 2,0-3,7 см. При множественных опухолевых узлах в печени осуществляли последовательное воздействие. При новообразованиях большого диаметра производили воздействие из разных точек по методике «перекрывающихся сфер» в т.ч. с одномоментным использованием нескольких электродов/антенн.

В целях повышения эффективности термодеструкции с 2007 года всем пациентам с размерами новообразований более 3 см (n-178) за 3-4 суток до операции выполнялась эмболизация печени (ХЭПА) суспензией сверхжидкого липиодола и химиопрепарата (20-40 мг доксорубицина, 50-100 мг оксалиплатина, 80-120 мг иринотекана), в т.ч. механическую окклюзию).

Всем больным осуществляли МСКТ-контроль через 1 мес после процедуры и в последующем периоде с интервалом 3 мес. В послеоперационном периоде пациенты также получали повторные курсы ХЭПА, регионарной химиотерапии.

Результаты. 6 пациентам с неоперабельной формой ГЦК в сроки от 2 до 14 мес. после РЧА выполнена ортотопическая трансплантация печени. 5 из них живы в сроки от 1 до 7,5 лет, 1 больной умер через 6 мес. после трансплантации от инфекционных осложнений.

Из 41 больных с ГЦК после РЧА, умерло 23 пациента, из них от осложнений цирроза печени 16 пациентов. СПЖ составила 23,9±5,4 мес. Живы 18 больных в сроки от 6 до 78 мес.

Среди 13 пациентов с ГЦК, которым выполняли МВА, умерло 7 пациентов: от осложнений цирроза печени – 4 и от прогрессирования опухоли – 3. Живы 6 больных в сроки от 4 до 18 мес.

В группе пациентов с метастатическим поражением печени живы 124 (47%) больных. Показатели 1, 2-х и 5-летней выживаемости больных с мтс КРР после РЧА составили 91%, 56%, 13% соответственно, 3 пациента наблюдаются более 10 лет. В группе больных с метастазами колоректального рака в печень после МВА (n=54) живы 37 пациентов в сроки от 6 до 36 мес. Показатели 1 и 2-летней выживаемости после МВА составили 96% и 58% соответственно.

Заключение. Методы РЧА и МВА играют важную роль в лечении злокачественных новообразований печени позволяя добиться удовлетворительных результатов в т.ч. в группе больных где невозможна курабельная резекция и при прогрессировании опухоли у пациентов, получавших химиотерапевтическое

лечение. Использование термоаблации в комбинации с ХЭПА позволяет увеличить срок до прогрессирования опухоли, что особенно важно во время ожидания операции трансплантации печени.

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ КАК ВАРИАНТ ЛОКОРЕГИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Федорук А.М., Пискун А.Б., Яковец Н.М., Кирковский Л.В., Федорук Д.А., Авдей Е.Л., Юрлевич Д.И., Козак О.Н., Коротков С.В., Щерба А.Е., Руммо О.О.

Республиканский научно-практическмй центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь

Для лечения опухолей, которые считаются неоперабельными или не подлежат резекции используют различные методы локорегинарной терапии. К новым методам термодеструкции опухолей паренхиматозных органов относится микроволновая абляция (МВА).

Цель исследования: проанализировать опыт использования МВА в качестве варианта локо-регионарной терапии гепатоцеллюлярного рака у пациентов листа ожидания трансплантации печени и неоперабельными опухолями печени.

Материалы и методы. В период с 15 марта 2013 г. по 15 марта 2017 г. у 81 пациента выполнены МВА 286 очагов в печени в 92 сеанса (мужчины : женщины – 66 (81,5%) : 15 (18,5%) пациентов в возрасте 26 – 71 года (в среднем 61 год). Основная группа была представлена пациентами из листа ожидания трансплантации печени: гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне вирусного цирроза – 202 очага, у 64 пациентов выполнено 79 сеансов МВА. При этом у пациентов 36 в связи с неполным ответом на трансартериальную химиоэмболизацию (ТАХЭ). Всем пациентам МВА выполняли в условиях операционной под общей анестезией с использованием системы для микроволновой абляции Valleylab, корпорации Covidient AG (Швейцария), с частотой микроволнового генератора 915 МГц, под ультразвуковым контролем на аппарате ProFocus 2202, BK (Дания). У 73 пациентов МВА выполнена чрескожным чреспеченочным доступом с использованием МВА антенн с системой охлаждения, у других 8 интраоперационно с использованием МВА антенн без системы охлаждения. Максимальная зона деструкции, создаваемая одной антенной, достигалась в течение 10 минут при мощности 45 ватт и имела форму эллипса 3,2×5,2 см.

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли сеансы МВА. Эффективность МВА контролировалась ультрасонографически и КТ-ангиографией. Отсутствие кровотока при ЦДК и контрастного усиления в аблированных опухолях считали успешным лечением. МВА была эффективна у всех пациентов. Ортотопическая трансплантация печени в сроки от 1,5 до 12 месяцев после МВА выполнена 36 пациентам. Осложнение наблюдали у пациента рецидивом ГЦК после ОТП. После МВА на фоне транспапиллярного билиарного стента в зонах абляции сформировались 2 абсцесса печени, которые были успешно излечены чрескожным чреспеченочным дренированием. Рецидивы метастатического поражения печени отмечены у 4-х пациентов с колоректальным раком. У 4-х пациентов при комбинации МВА с ТАХЭ развился тромбоз печеночной артерии.

Выводы. Микроволновая абляция является эффективным методом локо-регионарного лечения гепатоцеллюлярного рака на фоне цирроза печени и является мостом к пересадке у пациентов листа ожидания трансплантации печени. Микроволновая абляция является новым высокоэффективным методом лечения неоперабельных опухолей печени.

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Диникин М.С., Хлобыстина А.Г.

ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Методы локальной деструкции опухолей, такие как криохирургия, термоабляция используются как изолированно, так и в комбинации с резекцией печени. Использование данных методик позволило не только увеличить число пациентов, доступных хирургическому лечению, но и самое главное, увеличило продолжительность их жизни. Печень не является единственным органом, к которому применимы локальные методики воздействия, но именно в печени реализуются все возможные варианты и различные комбинации местных и резекционных вмешательств.

Метастазы колоректального рака в печени остаются основными злокачественными опухолями печени. Отсутствие четких алгоритмов использования каждого метода в отдельности и их комбинаций оставляет актуальной проблему лечению этой сложной и многогранной группы пациентов.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени с использованием локальных методов воздействия на опухоль.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 28 больных с метастазами колоректального рака в печень с применением микроволновой термоабляции (МВА). МВА выполняли во время резекции печени у 21 пациента. Абляция выполнена чрескожно под контролем УЗИ у 8 пациентов. Повторные чрескожные вмешательства на печени выполнены 4 пациентам вследствие прогрессирования опухоли. Максимальное число метастазов, которые были подвергнуты сочетанному воздействию (резекция + МВА) составило 20. Среднее число метастазов в печени составило 3,8, средний диаметр 2,7 см.

Результаты. Общее число пролеченных пациентов с метастазами КРР в печени составило 127. Комбинированное применение интраоперационной МВА с резекцией печени позволило увеличить число потенциально резектабельных пациентов на 20%. Из 28 пациентов умерло 7 (25,0%) в сроки от 15 до 36 мес. Неблагоприятными факторами прогноза явились – синхронные метастазы, число метастазов в печени >4, уровень РЭА >100 нг/мл. У 3 пациентов возникли рецидивы в области выполнения МВА. Во всех 3-х случаях метастатический узел превышал 4,0 см. У 5 пациентов послеоперационный период осложнился образованием ограниченных скоплений жидкости (билома, гематома, серома) в области резекции печени. Из них у 1 пациентки чрескожная МВА осложнилась формованием наружного желчного свища. Общая выживаемость пациентов, пролеченных с использованием микроволновой абляции, составила 44 мес.

Выводы. Микроволновая абляция является оптимальными, эффективным и безопасным методом лечения метастазов колоректального рака в печени. Метод позволяет увеличить число потенциально резектабельных пациентов, сопряжен с низким числом осложнений. Микроволновая абляция рассматривается, как составная часть комплексного лечения пациентов с колоректальными метастазами в печени.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С “МАЛЫМИ” МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Дроздов П.А.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: сравнить эффективность радиочастотной (РЧ) аблации и резекционных вмешательств у больных с “малыми” метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и методы. В перирод с мая 2007 по май 2017 гг. на стационарном лечении находился 71 больной с метастатическим колоректальным раком печени с размерами очагов не более 3 см. Больные

были разделены на две группы: 1 группа – резекционное вмешательство выполнено у 48 (67,6%) пациентов; 2 группа – РЧ-аблация выполнена у 23 (32,4%) пациентов. Резекционное вмешательство выполняли при возможности удаления всех образований в объеме R0 резекции и остающемся объеме паренхимы печени при неизменной ее функции не менее 30%, либо не менее 40% при нарушенной функции печени. Показанием для проведения РЧ-аблации являлось наличие не более 5 образований в печени, все из которых были доступны для аблации, ASA III, отказ от оперативного вмешательства. В первой группе выполнено 17 анатомических резекций печени (правосторонних гемигепатэктомий -7, левосторонних гемигепатэктомий – 2, левосторонних кавальных резекций – 4 (2 из них лапароскопических), сегментэктомии – 4), 31 атипичная резекция печени. Во второй группе у 23 больных выполнена аблация 52 опухолей печени чрескожным доступом из одной точки по стандартной методике.

Результаты. При сравнительном анализе группы достоверно не отличались по полу, возрасту, количеству и среднему размеру опухолей печени, гистологической форме опухоли. Пациенты второй группы имели достоверно худший физиологический статус по ASA ($p<0,05$). Полный некроз достигнут при аблации 49/52 опухолей. В 3/52 случаях при неполном некрозе опухоли проводилась повторная РЧ-аблация. В первой группе летальный исход зафиксирован у 1 (2,1%) больного, во второй группе летальности не было ($p=0,285$). Специфические осложнения в первой группе зафиксированы у 3 (6,3%) пациентов, во второй группе специфических осложнений не было ($p<0,05$). У пациентов первой группы 1-3-5-летняя безрецидивная выживаемость составила 98%, 52%, 25% соответственно. У пациентов второй группы 1-3-5-летняя безрецидивная выживаемость соответственно составила 90%, 42%, 17% ($p<0,05$). У пациентов первой группы 1-3-5-летняя общая выживаемость составила 100%, 60%, 31% соответственно. У пациентов второй группы 1-3-5-летняя безрецидивная выживаемость соответственно составила 95%, 47%, 8% ($p<0,05$).

Выводы. Проведение резекционного вмешательства с интраоперационным ультразвуковым исследованием при «малых» метастазах колоректального рака печени, позволяет выполнить удаление всех объемных образований в объеме R0, включая образования, которые не выявляются на дооперационном этапе. Это позволяет добиться лучшей общей и безрецидивной выживаемости у данной группы пациентов. Учитывая лучшую безопасность РЧ-аблация показана при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству, а так же как дополнение к анатомической резекции печени, при наличии интрапаренхиматозно – расположенной опухоли в контрлатеральной доли печени.

VII. РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВЕТВЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОДКАПСУЛЬНОМ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

Ефимов Д.Ю., Щерба А.Е., Юрлевич Д.И., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Руммо О.О.

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

Введение. Инфаркт и разрыв печени являются редкими осложнениями поздних гестозов беременности, ассоциированных с артериальной гипертензией, в основе которых лежит ишемия плаценты, дисфункция эндотелия и коагулопатия. Непосредственной причиной инфаркта и разрыва печени является тромбоз центральных венул и синусоидов печени. Обширные разрывы печени с напряженными подкапсульными гематомами имеют риск внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока. Как консервативная, так и хирургическая тактика сопряжены с высоким риском печеночной недостаточности, кровотечения и ТЭЛА (Ahmad J., Friedman S.L., Dancygier H. Mount Sinai Expert Guides: Hepatology, 2014, Wiley-Blackwell).

Цель исследования: оценить результаты комплексного подхода к лечению разрывов и инфарктов печени в исходе позднего гестоза с эмболизацией ветвей печеночной артерии.

Материалы и методы. Представлено описание двух случаев успешного лечения обширных разрывов печени у родильниц с поздним гестозом. Клинической задачей лечения обеих пациенток явилось предупреждение внутрибрюшного кровотечения, тромбоэмболических и септических осложнений, в условиях мониторирования функции печени и готовности к экстренной операции и трансплантации.

Результаты. После перевода родильниц экстренно выполняли мультиспиральную компьютерную томографию для оценки масштабов инфаркта и разрыва печени, оценки васкуляризации непораженных сегментов. В обоих случаях кроме инфаркта и разрыва паренхимы был диагностирован тромбоз правой ветви воротной вены. С целью мониторирования и коррекции баланса системы гемостаза, выполняли ротационную тромбоэластометрию и определение активности факторов свертывания, АЧТВ, МНО, уровня фибриногена и D-димеров.

Превентивно была выполнена эмболизация правых ветвей печеночной артерии в обоих случаях для минимизации риска кровотечения из разрывов правой доли печени.

Эмболизация ветвей печеночной артерии позволила параллельно проводить профилактику ТЭЛА в виде низкомолекулярных гепаринов.

С целью эвакуации геморрагического асцита в одном случае было выполнено дренирование брюшной полости под УЗ-контролем. Обе пациентки выжили, выполнение лапаротомии не потребовалось. Срок госпитализации составил 13 и 25 суток.

Заключение. Эмболизация ветвей печеночной артерии является эффективным миниинвазивным методом профилактики внутрибрюшного кровотечения обширных подкапсульных разрывов печени в исходе позднего гестоза, позволяющим проводить терапию направленную на предотвращение ТЭЛА, септических осложнений и не прибегать к превентивной и рискованной резекции печени.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Котив Б.Н., Алентьев С.А., Дзидзава И.И., Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Федун О.В., Молчанов А.А., Смородский А.В.

ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить результаты рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения при кровотечениях после оперативных вмешательств и травм гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. В клиниках общей хирургии и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова в период с 2006 по 2016 гг. послеоперационные и посттравматические кровотечения из сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны имели место у 35 больных. Кровотечения в просвет кист головки и тела поджелудочной железы из панкреатических артерий на фоне чрескожного или трансгастрального их дренирования диагностированы у 8 пациентов; кровотечения из селезеночной артерии в просвет панкреатикоэнтероанастомоза – у 6 больных; кровотечения из бассейна собственной печеночной артерии в просвет гепатикоэнтероанастомоза и/или в полость брюшины по страховочным дренажам – в 6 случаях; кровотечения из бассейна верхней брыжеечной артерии в просвет гепатикоэнтероанастомоза и/или в полость брюшины по страховочным дренажам – в 3 наблюдениях; гемобилия на фоне чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков – у 8 пациентов; кровотечения из сосудов печени после травм и операций в этой зоне – у 4 больных.

В диагностике кровотечений ориентировались на физикальные данные и данные инструментальных методов обследования (УЗИ, ЭУС, ФГДС, прямая артериопортография, КТ-ангиография). При необходимости применяли флебогепатографию, кавографию, чрескожную чреспеченочную портографиюя.

Результаты. Во всех случаях с помощью прямой ангиографии удалось определить абсолютные или вероятные признаки кровотечения. Экстравазация контрастного препарата выявлена у 17 больных. Ложные аневризмы как источник кровотечения диагностированы у 12 пациентов. Косвенные признаки кровотечения определялись у 6 пациентов

Эндоваскулярный гемостаз осуществляли эмболизацией металлическими спиралями с ворсом, гистоакрилом, неадгезивной клеевой композицией Onyx, фрагментами гемостатической губки. При псевдоаневризмах крупных висцеральных артерий в 9 наблюдениях применяли стент-графты. В большинстве случаев с целью гемостаза выполняли эмболизацию ствола поврежденных артерий спиралями, до прекращения экстравазации контрастного препарата. При кровотечениях из панкреатических артерий во всех случаях выполнена эмболизация желудочно-двенадцатиперстной артерии с положительным эффектом. При кровотечении из сегментарных печеночных артерий – эмболизация проксимального отдела артерии. В случаях кровотечений из ствола селезеночной артерии эффективной явилась эмболизация спиралями проксимального отдела ствола селезеночной артерии, у одного больного с помощью спиралей не удалось добиться гемостаза, что потребовало использовать гистоакриловую композицию. Ччрескожная чреспеченочная эмболизация ветвей воротной вены выполнена в 2 наблюдениях при повреждении печени.

Первичный гемостаз удалось добиться во всех наблюдениях. В послеоперационном периоде осложнения развились у 2 пациентов. У одного больного тотальная эмболизация ствола селезеночной артерии гистоакрилом привела к развитию на 4 сутки обширного инфаркта селезенки с абсцедированием, что потребовало пункционного дренирования абсцесса под УЗ-контролем. Рецидивы кровотечения зарегистрированы у 4 (11,4%) пациентов на 4-12 сутки после эмболизации. В одном случае выполнена повторная

эмболизация, в остальных наблюдениях произведена экстренная лапаротомия, остановка кровотечения. Летальности в ближайшем послеоперационном периоде не отмечено.

Выводы. Методы эндоваскулярного гемостаза являются эффективными в остановке кровотечений после оперативных вмешательств и травм гепатопанкреатодуоденальной зоны, сопровождаются минимальным числом осложнений и низкой летальностью.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Зеленин В.В., Кашинцев А.А.

ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственныйо педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Кровотечение осложняет хронический панкреатит (ХП) в 5 – 17% случаев. Высокая протеолитическая активность панкреатического сока способствует аррозии мелких или крупных артериальных сосудов в стенке псевдокисты (ПК), формированию ложных аневризм (ЛА). Они развиваются чаще всего из селезеночной, гастродуоденальной артерий и их ветвей. Реже поражаются печеночная, левая желудочная, верхняя брыжеечная артерии. Герметичность ЛА быстро нарушается. К этому может привести обострение ХП и даже небольшая травма. Летальность при кровотечении из ЛА высока и достигает 60-80%.

Цель исследования: анализ причин кровотечения у больных ХП и оценка эффективности различных методов его остановки.

Материалы и методы. В период с 1990 по 2016 гг. были оперированы 632 больных хроническим панкреатитом в возрасте 23-65 лет, среди них псевдокисты поджелудочной железы имелись у 404 (63,9%), осложненные кровотечением в 70 (17,3%) случаях. Больные были разделены на две группы: 1 группа – оперированы 49 (70,0%) больных; 2 группа – 21 (30,0%) больной, из них только рентгенэндоваскулярное лечение (РЭВЛ) выполнено 11 пациентам, операцию на ПЖ выполняли после эмболизации кровоточащего сосуда 10.

Хронический панкреатит, осложненный кровотечением, имел следующие проявления: кровотечение в просвет псевдокисты отмечено у 22 (31,4%) больных, разрыв псевдокисты с кровотечением в полый орган – у 30 (42,8%), в брюшную полость – у 10 (14,3%), забрюшинное пространство – у 6 (8,6%) пациентов, в плевральную полость – у 2 (2,8%).

Результаты. В первой группе были выполнены следующие операции: 18 (36,8%) – прошивание кровоточащего сосуда, наружное дренирование и тампонирование псевдокисты, наружное дренирование протока поджелудочной железы – у 8 (17,0%), прошивание кровоточащего сосуда и продольная панкреатикоеюностомия – 7 (14,5%), левосторонняя резекция поджелудочной железы – 8 (15,5%), панкреатодуоденальная резекция – у 2 (4,1%), срединная резекция – 2 (4,1%), прошивание селезеночной артерии, спленэктомия и наружное дренирование псевдокисты – 4 (8,1%). Умерли 4 (8,1%) больных с тяжелым кровотечением.

У 21 пациента второй группы было применено рентгенэндоваскулярное лечение: эмболизация селезеночной артерии выполнена в 11 (52,4%) случаях, желудочно-двенадцатиперстной артерии – в 7 (33,3%), желудочно-двенадцатиперстной дуги – в 3 (14,3%). Эмболизация ложной аневризмы была единственным видом вмешательства у 11 (52,4%) больных, РЭВЛ использовали в комплексе с хирургическим лечением в 10 (47,6%) случаях. Умер 1 (4,7%) больной вследствие запоздалого РЭВЛ при тяжелых постгеморрагических осложнениях. Общая летальность при геморрагических осложнениях хронического панкреатита составила 7,1%.

Заключение. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите, осложненном кровотечением была направлена, главным образом, на окончательную остановку кровотечения, устранение протоковой гипертензии и дренирование псевдокисты.. Наиболее надежным способом в достижении этой цели является рентгенэндоваскулярное лечение, которое не исключает в последующем и открытой операции на поджелудочной железе. По показаниям использовали также малоинвазивные способы дренирования дренирования протоков и псевдокист.

ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А.

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

Цель исследования: изучить частоту возникновения, методы диагностики и результаты лечения послеоперационного кровотечения (ПКР) при резекционных операциях на поджелудочной железе (ПЖ).

Материалы и методы. В исследование включено 318 больных, перенесших резекционные операции на ПЖ по поводу различных опухолей (223 (70,1%) и хронического панкреатита (95 (29,9%) в период с 2013 по 2016 г. Периоперационное ведение больных осуществлялось в рамках внедренного в отделении протокола ERAS. ПКР возникло у 32 (10,1%) больных: после вмешательств по поводу опухолей ПЖ – 24, хронического панкреатита – 8.

По времени возникновения ПКР было ранним у 5 больных, поздним – у 27. Внутрибрюшное кровотечение было у 19 больных, кишечное – 11, сочетанное – 2. Помимо клинической диагностики ПКР использовали УЗИ и МСКТ органов брюшной полости, эндоскопическое исследование.

Результаты. Консервативная терапия с динамическим наблюдением проведена 6 больным. Релапаротомия была выполнена 17 больным, при этом рецидив ПКР возник у 3 пациентов. Эндоваскулярный гемостаз был обеспечен 11 больным, в том числе 2 – после ранее выполненной релапаротомии; рецидив после эндоваскулярной остановки кровотечения возник у 2 больных. Умерло 5 (15,6%) больных.

Заключение. Резекции ПЖ всегда несут угрозу возникновения ПКР. Очередность инструментальных диагностических исследований и тактика лечения должны основываться на оценке клинической симптоматики и интенсивности кровотечения. Предпочтение следует отдавать эндоваскулярному методу гемостаза. К релапаротомии прибегают при профузном ПКР с нестабильными показателями гемодинамики, а также с целью санации брюшной полости при внутрибрюшной кровотечении после эндоваскулярного гемостаза.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Мамчич В.И., Верещагин С.В., Мыценко И.Н., Дзюба Д.А.

Киевская областная клиническая больница, Киев, Украина
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Введение. Лечение рецидивирующих, особенно массивных абдоминальных кровотечений, возникающих в ранние сроки после перенесенных хирургических (в том числе лапароскопических) операций на органах гепатопанкреатодуоденальной области, представляет собой очень сложную задачу. Послеоперационная летальность данной категории больных остается довольно высокой (30 – 80%).

Эндоскопия и СКТ не всегда позволяют установить источник кровотечения, консервативная терапия часто оказывается неэффективной, и все большее значение приобретают рентген-эндоваскулярные методики диагностики и остановки абдоминальных кровотечений.

Материалы и методы. В период 2013-2016 гг. в Киевской областной клинической больнице рентгенохирургические методы диагностики и лечения были применены у 8 пациентов с тяжелыми рецидивирующими абдоминальными кровотечениями, возникшими в сроки от 2 до 16 суток после ранее перенесенных хирургических операций на органах гепатопанкреатодуоденальной области. Все пациенты были в возрасте от 37 до 72 лет, 6 из них были мужчины, женщины – 2.

Всем пациентам были выполнены общеклинические, эндоскопические и ультразвуковые исследования, 4 пациентам была выполнена МСКТ ОБП и забрюшинного пространства. Двум пациентам была выполнена диагностическая лапаротомия, еще у 2 пациентов под контролем УЗИ была дренирована за-

брюшинная гематома. Ни у одного из пациентов выявить источник кровотечения не удалось. Поэтому всем пациентам была проведена селективная артериография чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.

На момент выполнения ангиографии состояние было относительно стабильное у 3 пациентов, тяжелое – у 3, критическое – у 2.

У всех 8 пациентов были выявлены характерные ангиографические симптомы кровотечений – ложные аневризмы или временные окклюзии (тромбозы) кровоточащих артерий гепатопанкреатодуоденальной области:

- в бассейне собственно печеночной артерии у 2 пациентов;
- в бассейне гастродуоденальной артерии у 2 пациентов;
- в бассейне верхней брыжеечной артерии у 3 пациентов;
- в бассейне селезеночной артерии у 1 пациента (поперечная панкреатическая артерия).

Сразу же после выявления причины кровотечения у всех 8 пациентов была выполнена эндоваскулярная эмболизация артерий путем введения спиралей типа Гиантурко в приводящую и отводящую часть сосуда, а также в полость аневризмы. В 3 случаях помимо стволовой эмболизации артерий спиралями были использованы фрагменты гемостатической губки и синтетические эмболы с размером частиц 1500-2000 мкм. В 2 случаях достичь полости аневризмы обычным ангиографическим катетером было технически невозможно, а полуселективная эмболизация могла бы привести к некрозу кишечника из-за попадания эмболов в соседние с целевой артерией ветви. Поэтому нами был применен микрокатетер, через который в полость аневризмы и в кровоснабжающую ее артерию суперселективно с прецизионной точностью были введены электроотделяемые микроспирали.

Результаты. У всех пациентов был достигнут тромбоз артериальных ветвей и стойкий гемостатический эффект.

Были выписаны в удовлетворительном состоянии для наблюдения по месту жительства7 больных. 1 больная, несмотря на успешный чрезкатетерный гемостаз, умерла из-за нарастания полиорганной недостаточности на фоне продолжавшегося гнойно-септического процесса (абсцессы печени).

Выводы. Эндоваскулярные методы диагностики и лечения послеоперационных рецидивирующих кровотечений из артерий гепатопанкреатодуоденальной области являются высокоэффективными и органосохраняющими. Селективная артериография позволила выявить источник кровотечения, а суперселективная чрезкатетерная эмболизация дала возможность достичь надежного гемостаза без применения крайне рискованных повторных открытых хирургических операций.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ И СТЕНТИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ АРРОЗИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Мизин А.Г., Кан П.Б., Кислицин Д.П., Колмачевский Н.А.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Кисты поджелудочной железы, осложненные кровотечением в просвет главного панкреатического протока или в просвет полого органа встречаются довольно редко. В зарубежной литературе такое осложнение хронического панкреатита описывается под названием “Haemosuccus pancreaticus”. Особенностью указанного осложнения хронического панкреатита является трудность в определении источника кровотечения. Источником аррозивного кровотечения в полость кисты чаще является селезеночная артерия, реже – гастродуоденальная, верхняя брыжеечная артерия, либо их ветви. Наиболее информативными методами исследования служат спиральная компьютерная томография (СКТ) и ангиография, которая в ряде наблюдений может закончиться эффективной эмболизацией или стентированием артерии, являющейся источником кровотечения в кисту поджелудочной железы.

Представляем серию из 5 клинических наблюдений пациентов с осложненными постнекротическими кистами поджелудочной железы и рецидивным кровотечением после различных вариантов опе-

ративного лечения, которым выполнили селективную ангиографию с эмболизацией или стентированием селезеночной, верхней брыжеечной, печеночной, левой желудочной, панкреатодуоденальных артерий. Во всех случаях удалось осуществить эффективный гемостаз. Прослежены отдаленные результаты, динамика процесса по данным СКТ.

Заключение. Своевременная диагностика, основанная на данных СКТ, проведение ангиографии с эмболизацией или стентированием артерий, являющихся источником кровотечения в кисту поджелудочной железы, в ряде случаев, являются единственно возможными способами эффективного гемостаза и спасения жизни пациента.

РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГЕПАТОПАНКРЕАТИБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е., Дзядзько А.М., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Минов А.Ф., Лабунец З.В., Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В.

УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Россия
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Россия

Аррозивные и травматические кровотечения в гепатопанкреатобилиарной хирургии являются грозным осложнением, существенно снижающим шанс на благоприятный исход заболевания. Своевременная диагностика и адекватный гемостаз позволяют существенно снизить частоту летальных исходов или ухудшения состояния пациента.

Цель исследования: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных методик в лечении геморрагических осложнений в гепатопанкреатобилиарной хирургии.

Материалы и методы. С 2010 г. в УЗ «9-я ГКБ» г. Минска 43 пациентам (из них 6 (14%) интраоперационно) было выполнено ангиографическое исследование сосудов брюшной полости по поводу подозрения на внутрибрюшное (либо забрюшинное) кровотечение. По результатам ангиографии: источника кровотечения выявлено не было у 6 (14,0%) пациентов; выявлена симптомная артерия и выполнен эндоваскулярный гемостаз – у 37 (86,0%) пациентах.

При повреждении паренхимы печени (посттравматическая гемобилия – 4 пациента, HELP синдром беременной – 1 пациентка, спонтанный разрыв опухоли – 2 пациента, формирование псевдоаневризмы печеночной артерии – 1 пациент, разрыв печеночной артерии при стентировании ее стеноза – 1 пациент) в большинстве случаев выполнена эмболизация заинтересованной артерии спиралями, при разрыве – имплантация стент-графта.

При кровотечении в зоне поджелудочной железа (исход панкреонекроза или послеоперационные осложнения) – источником чаще всего являлись ветви гастродуоденальной артерии (ее псевдоаневризмы либо кровоизлияния в кисту поджелудочной железы), реже – селезеночная артерия. Во всех случаях выполнялась эмболизация источника спиралями или ПВА сферами.

Для выполнения ангиографии использовался стандартный бедренный доступ или пункция локтевой артерии справа (при остром отхождении чревного ствола от аорты)

С целью профилактики тромбозов, после выполнения эндопротезирования стент-графтом назначались в стандартной дозировке клопидогрель+аспирин. В случае эмболизации – дезагрегантная терапия не проводилась.

Результаты. Технический успех выполненных эндоваскулярных вмешательств составил 97,3%, в 1 случае имелась окклюзия чревного ствола от устья, с коллатеральным заполнением аневризмы селезеночной артерии и невозможностью провести микрокатетер через коллатерали. В 3 (8.1%) случаях потребовались повторные эндоваскулярные вмешательства в связи с рецидивом кровотечения.

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные технологии являются неотъемлемыми методами диагностики, коррекции и лечения осложнений в современном центре гепатибилиарной и висцеральной хирургии.

РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е., Дзядзько А.М., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Минов А.Ф., Лабунец З.В., Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В.

УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Россия
Белоруская медицинская академия последипломного образования, Минск, Россия

Сосудистые осложнения при выполнении ортотопической трансплантации печени (ОТП) и послеоперационном периоде встречаются в 5–15% случаев. Своевременная диагностика и адекватная коррекция позволяют существенно снизить риск потери трансплантата, а также увеличить выживаемость пациентов после ОТП.

Цель исследования: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных методик в лечении интра- и посттрансплантационных сосудистых осложнений.

Материалы и методы. В настоящее время в УЗ «9-ГКБ» г. Минска выполнено 466 операций трансплантации печени. Интраоперационно, в 2 случаях наблюдали тромбоз воротной вены (ВВ), потребовавший применение рентгеноэндоваскулярных методик и в двух случаях наблюдался тромбоз печеночной артерии (ПА). Во всех случаях выполнено стентирование зон тромбоза. При интраоперационном стентировании ВВ, доступ осуществлялся путем выделения и катетеризации v. Ileocolica в илеоцекальном углу. В послеоперационном периоде, применение ренгеноэндоваскулярных методик понадобилось в 27-ми случаях по поводу стеноза анастомоза ВВ (стентирование выполнено в 24 случаях, баллонная ангиопластика – в 2 случаях, установка TIPS – в 1 случае). В 1 случае (трансплантация печени ребенку с выполнением кавапортальной транспозиции) выполнение многократной баллонной ангиопластики печеночнокавального анастомоза.

В целях профилактики синдрома «обкрадывания» артериального кровотока печени в 25 случаях выполнена эмболизация селезеночной артерии.

Вследствие стеноза анастомоза ПА в 46 случаях было выполнено ее стентирование или ЭБД (из них в 10 случаях имелась ее полная окклюзия).

При стенозе НПВ в 6 случаях было выполнено ее стентирование или ЭБД.

Для ангиопластики и стентирования ВВ в послеоперационном периоде использовали пункционный чрезкожно-чрезпеченочный доступ под контролем УЗИ. В случае ангиопластики верхнего печеночнокавального анастомоза – доступ через правую внутреннюю яремную вену. Для стентирования артерии использовался доступ через правую общую бедренную артерию.

Для профилактики тромбозов после выполненных ангиопластик и стентирований назначались в стандартной дозировке: варфарин (в случае вмешательств на венозном русле) и клопидогрель+аспирин (при артериальных интервенциях).

Результаты. Технический успех выполненых эндоваскулярных вмешательств составил 97%, в одном случае имелось интраоперационное осложнение – разрыв печеночной артерии (ликвидировано эндоваскулярно – путем имплантации стент-графта). Применение эндоваскулярных методик позволило ликвидировать сосудистые осложения у пациентов после трансплантации печени, без выполнения открытых, травматичных сосудистых реконструкций.

Выводы. Современные методы интервенционной радиологии дают возможности эффективной и малотравматичной коррекции сосудистых осложнений в ранний и отдаленные сроки после ОТП.

VIII. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕАТО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ

Акбаров М.М., Струсский Л.П., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

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

Повреждения поджелудочной железы могут осложниться наружным или внутренним панкреатическим свищем, что является важным аргументом для поиска новых методов диагностики и лечения травм, свищей поджелудочной железы. Представляем результат успешного лечения посттравматического внутреннего панкреато-плеврального свища, осложненного пневмонией, где был использован миниинвазивный метод ликвидации свища. Данный случай доказывает, что появление эндоскопических технологий открывает альтернативный способ решения проблемы внутренних панкреатических свищей.

Больной Р. поступил 03.01.2015 в экстренном порядке в приемное отделение РСЦХ имени акад. В. Вахидова. При поступлении предъявлял жалобы на приступообразные боли в эпигастральной области и левой половине живота, на постоянный кашель с выделением слизистой мокроты, выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость. Болеет с ноября 2014 г., когда попал в ДТП т получил тупую травму живота. Во время операции диагностировано повреждение печени и поджелудочной железы. В раннем послеоперационном периоде была выполнена пункция плевральной полости слева, эвакуирована около 100 мл панкреатического сока. Выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии, однако через месяц больного стали беспокоить приступообразные боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Приступы стали ежедневными, частично купировались самостоятельным приемом спазмолитиков. В последующем присоединилась одышка при незначительной физической нагрузке и приступообразная кашель с выделением слизистой мокроты. Обследования: биохимический анализ крови: диастаза – 340 Ед/л. Рентгеноскопия грудной клетки: очаговая пневмония слева. Гидроторакс слева. На МСКТ органов грудной клетки: признаки обширного участка инфильтрации и деструкции нижней доли левого легкого, связанного через дефект диафрагмы с забрюшинным пространством слева (вирсунгоплевральный свищ). Множественные очаги и участки инфильтрации легочной ткани обеих легких. На МРТ органов брюшной полости: признаки наличия дефекта тела поджелудочной железы, с образованием вирсунго-плеврального свища слева. Несмотря на проведенную консервативную терапию, положительной динамики не отмечается, сохраняются боли в эпигастральной области, уровень диастазы в крови с повышением до 500 u/l. Больному выполнена эндоскопическая ретроградная вирсунгография. В дистальный отдел вирсунгового протока установлен панкреатико-дуоденальный «потерянный» дренаж длиной 5 см с расположением дистальной части 1,5 см дренажа в просвете двенадцатиперстной кишки. После манипуляции отмечается положительная динамика, боли купировались, нормализовался сон, отмечается резкое уменьшения приступов кашля. Через 2-е суток после ЭРПГ и проведения комплексной консер-

вативной терапии больному выполнена рентгеноскопия грудной клетки, на котором разрешение признаков пневмонии. В анализах отмечается значительное снижение уровня диастазы в крови.

Таким образом, на сегодняшний день, развитие эндоскопических технологий, позволило прийти к альтернативным способам решения проблемы внутренних панкреатическпих свищей. Миниинвазивность технологий в сочетании с радикальностью, позволит значительно улучшить результаты лечения больных с подобной патологий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Бахтин В.А., Русинов В.М., Янченко В.А.

ФГБОУ ВПО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с наружными панкретическими свищами

Материалы и методы. Ппредставлен анализ лечения 37 больных с длительно функционирующими наружными панкреатическими свищами. Причинами образования свищей являлись: деструктивный панкреатит – 15 (40,6%) больных, травма поджелудочной железы – 6 (16,2%) больных, псевдокисты поджелудочной железы – 11 (29,7%) больных, осложнения оперативных вмешательств на поджелудочной железе (резекции поджелудочной железы) по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований – 5 (13,5%) больных.

Результаты. Все больные оперированы. Применяли следующие виды оперативных пособий: фистулоэнтростомиии – 5 больных, корпорокаудальные резекции «по свищу» – 7, фистулопанкреатоеюностомии – 12, резекционно-дренирующие операции (типа Фрея-Гальперина) – 10 пациентов. Наиболее хорошие результаты получены при проведении резекционно-дренирующих и дренирующих вмешательств на поджелудочной железе, ее протоковой системе. Корпоро-каудальные резекции поджелудочной железы со свищем, а также фистуло-энтеростомии показали неудовлетворительные результаты,сопровождались осложнениями в раннем послеоперационном периоде, прогрессирующим панкреатитом, повторным образованием свищей по ходу дренажных каналов и формированием жидкостных образований в парапанкреатической области.

Заключение. При длительно функционирующих наружных панкреатических свищах оптимальным способом лечения является операция внутреннего широкого панкератодигестивного дренирования, дополненная клиновидной резекцией паренхимы тела-хвоста и (или) головки pancreas при наличии признаков хронического воспаления.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Клименко М.В., Чеботарев А.С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Панкреатический свищ (ПС) является частым осложнением панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Истечение панкреатического сока может приводить к аррозивным кровотечениям из магистральных сосудов, абсцессам, перитониту, что увеличивает летальность до 14-46%.

Цель исследования: раработка алгоритма профилактики, диагностики и лечения панкреатического свища при ПДР.

Материалы и методы. ПДР выполнена 262 больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны. Применены инструментальные методы исследования: УЗИ, ЭРХПГ, мультидетекторная (64-срезовая) компьютерная томография, МРТ. Проведены морфологические исследования препаратов ПЖ с помощью электронной, световой и поляризованной микроскопии. При активации фиброзно-склеротических процессов в паренхиме поджелудочной железы (ПЖ) обнаружены «stellate cells», коллаген I и III типов, миофибробластоподобные клетки.

Выявлены следующие факторы риска развития ПС: мягкая «сочная» поджелудочная железа (ПЖ), узкий вирсунгов проток, послеоперационный панкреатит культи ПЖ. Для определения степени ПС применена классификация панкреатической фистулы ISGPF (2005).

Применены следующие варианты панкреатоеюноанастомоза (ПЕА): дуктоеюнальный, инвагинационный (на скрытом стенте, без стента, на стенте, выведенном ввиде микроеюностомы). С целью профилактики развития ПС при мягкой, «сочной» ПЖ разработана методика ПЕА с окутывающей пластикой линии анастомоза серповидной связкой печени (патент Украины № 92410).

Результаты. Несостоятельность ПЕА развилась у 21 (8,0%) больных. Причиной явился послеоперационный панкреатит у 7 (33,3%) пациентов, мягкая «сочная» ПЖ – у 10 (47,6%), узкий вирсунгов проток – у 4 (19,0%). Полная несостоятельность ПЕА развилась у 5 (23,8) больных, частичная несостоятельность, приведшая к развитию панкреатического свища – у 16 (76,2%) пациентов.

Неблагоприятным фактором развития ПС являлась мягкая, жирная ПЖ, более благоприятным – фиброзно-измененная, плотная ПЖ. Важное прогностическое значение имела оценка диаметра вирсунгового протока: неблагоприятным фактором являлся узкий, тонкостенный проток диаметром до 1-2 мм, более благоприятными факторами – средний (2-3 мм) и широкий проток диаметром более 3 мм с утолщенной стенкой.

Диагностика ПС проводилась по характеру и уровню амилазы, превышающем в 3 раза норму в отделяемом из брюшной полости. Тип А развился у 7 (43,8%), тип В – у 5 (31,3%), тип С – у 4 (25,0%) больных.

Всем больным с ПС проводили антисекреторную терапию с применением ингибиторов панкреатической секреции (октра, сандостатин, контрикал, даларгин), желудочной секреции (пантопразол, рабепразол), антибактериальная терапия.

Абсцесс брюшной полости развился у 2 (12,5%) больных, аррозивное кровотечение – у 2 (12,5%). Миниинвазивные вмешательства с дренированием зон скоплений панкреатического сока проведены 2 пациентам, что привело к закрытию ПС. У 2 (12,5%) больных с аррозивным кровотечением проведены релапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов и остановкой кровотечения с одним летальным исходом ввиду рецидива кровотечения. У 12 (4,6%) пациентов с ПС применение консервативного лечения с применением антипротеолитической терапии и местного лечения привело к выздоровлению.

Выводы. 1. Основными факторами риска развития панкреатического свища при ПДР являются мягкая «сочная» ПЖ, узкий вирсунгов проток, послеоперационный панкреатит культи ПЖ.

2. При мягкой «сочной» ПЖ необходим дифференцированный подход к выбору варианта ПЕА, который позволяет уменьшить количество осложнений, связанных с развитием несостоятельности ПЕА и ПС.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Дронов А.И., Ковальская И.А., Земсков С.В., Земскова М.В., Левченко Л.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
Киевский городской центр хирургии печени, поджелудочной железы, желчных протоков им. В.С. Земскова, Киев, Украина

Актуальность. Несостоятельность анастомозов в абдоминальной хирургии является основным фактором, влияющим на послеоперационную летальность и общую выживаемость онкологических паци-

ентов. В отличие от эзофагоеюноанастомоза и колоректального анастомоза, влияние на прогноз несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, которую оценивают степенью послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ), изучена плохо.

Цель исследования: проанализировать общую выживаемость пациентов с раком головки поджелудочной железы (ПЖ), перенесших ПДР с и без ПОПФ, на основании собственного 10-летнего опыта.

Материалы и методы. В выборку вошли 184 пациента, перенесших ПДР по поводу протоковой аденокарциномы головки ПЖ, учитывались ПОПФ класса В и С.

Результаты. При сравнении выживаемости пациентов с ПОПФ и без ПОПФ было установлено, что медиана выживаемости составляет 19 и 28 месяца соответственно, 2-годичная выживаемость составила 18% и 51% соответственно, 5-летняя выживаемость – 0 и 17% соответственно. Установлена статистически значимая разница в выживаемости пациентов с и без ПОПФ (p=0,02) методом Logrank-тест.

Выводы. Можно предположить, что ПОПФ является фактором, негативно влияющим на общую выживаемость пациентов с раком головки ПЗ после ПДР.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ НЭО ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Егоров А.В., Васильев И.А., Хоробрых Т.В., Мусаев Г.Х., Лежинский Д.В., Ивашов И.В.

ФГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с нейроэндокринными опухолями (НЭО) гепатопанкреатодуоденальной области (ГПДО).

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии ПМГМУ им. И.М. Сеченова произведено 424 оперативных вмешательства по поводу НЭО поджелудочной железы (нефункционирующие – 67 (15,8%), гормонально-активных – 357 (84,2%).

Характер операций: энуклеация опухоли поджелудочной железы или ДПК – 171, дистальная резекция поджелудочной железы – 163, атипичная резекция поджелудочной железы – 21, ГПДР – 20, панкреатэктомия – 2, лапароскопическая резекция или энуклеация опухоли – 29, МВА – 5, гастрэктомия – 5, диагностическая лапаротомия – 8.

С 1997 г. для профилактики послеоперационных осложнений применяли следующие подходы к интра- и послеоперационному введению больных:

- с первых суток ведение пациентов как больных с острым деструктивным панкреатитом;
- применение синтетических аналогов соматостатина: октреотид раствор в дозировке 600 мкг/сутки – 277 пациентам, октреотид–ДЕПО 20 мг – 8 пациентам;
- обязательное использование ИОУЗИ;
- у 100 пациентов интраоперационное применение фибринового клея;
- в зависимости от временного периода пациенты были разбиты на две группы: I – 139 (32,8%) пациентов (период с 1983 по 1996 гг.); II – 285 (676,2%) пациентов (с 1997 по 2016 гг.) – современные подходы к профилактике послеоперационных осложнений.

Результаты. Частота панкреатических свищей: дистальная резекция ПЖ – 0,9%, энуклеация опухоли – 6,7%, атипичная резекция головки ПЖ – 20,5%, ГПДР – 10%.

В первой группе панкреатические свищи отмечены в 10% (14 больных): тип А – 7, тип В -4, тип С – 3. Летальность составила – 5,2%.

Во второй группе у 5,2% (15 больных): тип А – 13, тип В – 2. Летальность – 0%.

В первой группе для закрытия свищей использовали традиционные методики, во второй – аналоги соматостатина (как раствор, так и депонированные формы), в сочетании с введением фибринового клея. Время закрытия свищей в первой группе- 22±8,5 суток, во второй группе – 11±5,2 суток.

Заключение. Для предупреждения панкреатических свищей ГПДО основным являются профилактические меры: полноценное дооперационное обследование, использование ИОУЗИ, обязательное снижение секреции ПЖ синтетическими аналогами соматостатина. Наиболее рациональным для ликвидации панкреатических свищей является сочетание аналогов соматостатина (короткого и пролонгированного действия) с фибриновым клеем.

НАРУЖНЫЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ

Ермолов А.С., Степан Е.В., Рогаль М.Л., Иванов П.А., Озова З.М., Агаханова К.Т.

ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Наружные панкреатические свищи (НПС) образуются после операций по поводу травмы и заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) и по данным литературы встречаются в 9,5-87% всех наблюдений. По нашим наблюдениям НПС после перенесенного острого панкреатита отмечены реже, чем свищи после травмы ПЖ, соответственно в 1,56% и 13,74% наблюдений. В публикациях, посвященных диагностике и лечению НПС, авторы часто не рассматривают вопросы дифференцированного подхода к использованию различных методов лечения и придерживаются противоположных мнений относительно оптимальных путей их решения.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2016 гг. мы наблюдали 98 пациентов с НПС. У всех больных свищи образовались после хирургического вмешательства. НПС развился после операций по поводу травмы ПЖ у 36 (36,7%) пациентов, после операции по поводу острого деструктивного панкреатита – у 26 (26,6%), в результате наружного дренирования псевдокист ПЖ – у 36 (36,7%).

Диагноз подтвержден высокой активностью амилазы в свищевом отделяемом и данными фистулографии. Особенности морфологического строения свища определяли по результатам магнитно-резонансной и компьютерной томографии, динамической гепатобилисцинтиграфии. У всех пациентов имелись признаки панкреатической недостаточности.

Результаты. Особенности течения НПС зависят от непосредственной связи свища через протоковую систему ПЖ с пищеварительным трактом. Во всех случаях прямой связи НПС с главным панкреатическим протоком (ГПП) и ненарушенной эвакуации панкреатического секрета в пищеварительный тракт было эффективно консервативное лечение, состоящее из терапевтических мероприятий, направленных на снижение экзосекреторной функции поджелудочной железы (спазмолитическая терапия, диетотерапия) и медикаментозное подавление экзосекреции октреотидом. При наличии промежуточной полости с несформированными стенками между свищом и протоковой системой ПЖ показано дренирование полости через НПС с аспирацией панкреатического секрета на фоне консервативного лечения. Консервативное лечение было эффективно у 70 (71,4%) пациентов.

У 19 (19,3%) больных с НПС отсутствовала связь протоковой системы ПЖ с пищеварительным трактом в связи с папиллостенозом (10 (10,2%) больных) или стриктурой ГПП в области головки или тела железы (9 (9,1%) больных). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при папиллостенозе и эндоскопическое панкреатикодуоденальное стентирование при стриктуре ГПП способствовали закрытию свища. У 2 (2,0%) пациентов более чем через год отмечен рецидив псевдокисты без образования наружного свища.

У 1 (1,1%) пациента свищ соединялся с проходимым ГПП через промежуточную полость в виде сформированной псевдокисты ПЖ. У этого больного и у 2 больных с рецидивом псевдокисты была эффективна эндоскопическая цистогастростомия.

При разобщении дистальной и проксимальной частей панкреатического протока в результате некроза или травмы ПЖ у 8 (8,2%) пациентов выполнили хирургическое анастомозирование дистальной части железы с отключенной по Ру тощей кишкой. В результате хирургического лечения НПС у этих больных ликвидированы.

Выводы. Дифференцированный подход к лечению пациентов с НПС позволяет добиться положительных результатов во всех наблюдениях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Несмотря на накопленный опыт, нет единого мнения в отношении выбора сроков и методов хирургического лечения панкреатических свищей. Выполняются различные варианты их внутреннего дренирования, а также более радикальные операции – резекция участка поджелудочной железы «несущей» свищ. Безусловный интерес представляют отдаленные результаты хирургического лечения наружных свищей поджелудочной железы, что не нашло должного отражения в литературе.

Цель исследования: оценить результаты фистулоэнтеростомии при наружных свищах поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике прошли лечения 26 больных с наружными свищами поджелудочной железы. Мужчин было 22 (84,6%), женщин – 4 (15,4%). Возраст больных варьировал в пределах от 35 до 57 лет. Больные были госпитализированы через 6-8 месяцев после формирования свища. Причиной образования свищей был перенесенный панкреонекроз в 15 (60%) случаях, травма поджелудочной железы с повреждением протоковой системы – в 6 (23,1%), осложнения после оперативных вмешательств по поводу кист поджелудочной железы – в 4 (15,4%) случаях. В 1 (3,8%) случае свищ сформировался после тяжелой спленэктомии, во время которой был поврежден хвост поджелудочной железы.

Консервативное лечение, проводимое всем 26 больным, в виде инфузионно-детоксикационной и местной терапии с обязательным применением средств подавляющих секрецию поджелудочной железы, оказалось результативным у 8 (31%) больных. В силу безуспешности консервативной терапии оперировано 18 (69,2%) больных.

После повторной фистулографии подтверждающей сообщение свища с протоковой системой поджелудочной железы и предоперационной подготовки 17 (65,4%) больным выполнена операция фистулоэнтеростомия «на потерянном дренаже» в модификации Б.И. Альперовича на выключенной по Ру петле. У 1 больного с узким свищевым ходом свищ иссечен, наложен панкреатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру, в послеоперационном периоде частичная несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза с рецидивом наружного свища поджелудочной железы. После проведения длительного курса консервативной терапии свищ закрылся. Летальных исходов не было.

Результаты. Обследованы 13 (72,2%) больных из 18 оперированных через 5-10 лет. Хроническим рецидивирующим панкреатитом с болевым синдромом страдают 8 (61,5%) больных, симптомы внешнесекреторной недостаточности выявлены у 9 (69,2%) больных, сахарный диабет развился – у 4 (30,8%). Больные периодически проходят курс консервативной терапии с хорошим результатом.

Заключение. Больные с сформировавшимися наружными свищами поджелудочной железы в этиологическом аспекте имеют панкреонекроз, осложнения после хирургического лечения кист поджелудочной железы, непосредственную травму поджелудочной железы с повреждением протоковой системы и ятрогенный аспект. Для решения вопроса о необходимости и методе оперативного лечения обязательным является фистулография поджелудочной железы. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты операции фистулоэнтеростомии на «потерянном дренаже» позволяют считать её операцией выбора при наружных свищах поджелудочной железы. При выполнении этой операции значительно снижается опасность повреждения крупных сосудов и развитие таких осложнений как перитонит и послеоперационный панкреатит.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ

Коробка В.Л., Коробка Р.В., Шаповалов А.М., Шинкарь О.Г.

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия
МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

По поводу свищей ПЖ оперировали 44 пациента: 35 (79,5%) мужчин и 9 (20,5%) женщин; средний возраст – 47,4±14,4 лет. Причины фистулы: нарушение проходимости ГПП (хронический панкреатит) – 13 (29,5%), вмешательства на ПЖ – 12 (27,3%), травма органов брюшной полости – 8 (18,2%), деструкция паренхимы ПЖ (острый панкреатит) – 7 (15,9%), вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства – 4 (9,1%). Локализация свища: головка ПЖ – 21 (47,7%), тело – 19 (43,2%); хвост – 4 (9,1%). Наружный свищ – 39 (88,6%) наблюдений, свищ, сообщающийся с полостями и органами – 5 (11,4%). Длительность существования свища – 5,5±3,2 месяца. Потери сока при наружных свищах – 302,8±125,4 мл/сут. Осложнения со стороны ПЖ: киста ПЖ – 25 (56,8%), вирсунголитиаз – 8 (18,2%), стриктура БДС – 6 (13,6%), фиброз паренхимы ПЖ – 3 (6,8%), вирсунгоэктазия – 2 (4,6%).

У 11 (25,0%) больных сформировали фистулодигестивные соустья: фистулогастростомия – 2, фистулоэнтеростомия (патент РФ №2447839) – 9. В 20 (45,4%) случаях произвели резекции ПЖ: медиальная резекция (патент РФ №2445023) – 15, дистальная резекция – 3; операции Бегера и Фрея по 1 вмешательству. Эндоскопическое стентирование ГПП у 13 (29,6%) больных.

При свищах головки и тела ПЖ выполняли резекционные и дренирующие вмешательства, стентирование ГПП. Проток стентировали при свищах, обусловленных вирсунголитиазом (6,8%), кистозной трансформацией (15,9%), стриктурами БДС (6,8%). Удовлетворительная проходимость дистальных отделов ГПП определяла возможность стентирования. При отсутствии обструкции проксимальной части ГПП использовали оригинальный способ фистулоэнтеростомии (20,5%). Операции Бегера и Фрея выполняли у больных при свищах головки и тела на фоне больших кист и выраженного фиброза паренхимы (4,5%). При свищах центральной локализации, при нарушении проходимости проксимальной части ГПП, производили медиальную резекцию с одномоментной реконструкцией протоковой системы (34,1%). В случаях удовлетворительной проходимости выводного отдела ГПП (4,6%) осуществляли резекцию патологического участка, с дистальной культей формировали анастомоз, а проксимальную культю ушивали наглухо. В случаях фистулы головки ПЖ и обструкции в области БДС (9,1%) медиальную резекцию ПЖ выполняли по оригинальной методике. При свищах хвоста ПЖ применяли экономные дистальные резекции, в том числе с реконструкцией ГПП.

Послеоперационные осложнения: гнойные осложнения брюшной полости (без перитонита) – 7 (15,9%) (консервативная терапия), аррозивное кровотечение из висцеральных сосудов – 1 (2,3%) (релапаротомия), язвенное кровотечение в ДПК – 1 (2,3%) (консервативная терапия). Летальность составила 2,3%. В течение месяца у всех больных после стентирования свищ ПЖ перестал функционировать.

Отдаленные результаты оценены у 39 (88,6%) больных до 6,5 лет. Рецидив свища – 12,8% (больные после стентирования ГПП). Причины рецидива: обструкция стента – 3 (7,7%), миграция стента – 2 (5,1%). Предпринятое лечение: рестентирование – 3, операция Бегера – 2.

Заключение. При свищах ПЖ объем операции определяют локализация фистулы, состояние паренхимы ПЖ, проходимость ГПП, наличие осложнений основного заболевания. Удовлетворительная проходимость ГПП в его проксимальной части является ключевым фактором проведения эндоскопического стентирования. При выраженных морфологических изменениях паренхимы, обструкции ГПП эффективны резекционные вмешательства, позволяющие устранить патологический субстрат и обеспечить профилактику рецидива свища.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лупальцов В.И., Логачев В.К.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Несмотря на значительный вклад в развитие панкреатологии, вопросы лечения свищей поджелудочной железы (СПЖ) не теряют своей актуальности. И если раньше они встречались редко, то с увеличением хирургической активности и объёма операций на поджелудочной железе (ПЖ) при различных заболеваниях, травматизме сегодняшнего дня, и неутешительных результатах лечения деструктивных форм панкреатита, часто приводящих к исходу в постнекротическую кисту, число больных с панкреатическими свищами (ПС) значительно возрастает. Сложность их лечения позволила учёным считать ПС одним из тяжёлых осложнений в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 21 больного с наружными свищами поджелудочной железы за период с 2000 года по 2016 год. Мужчин было 15 (71,4%), женщин 6 (28,6%), в возрасте от 28 до 70 лет.

При выборе метода лечения ПС придерживались предложенной нами классификации, основанной на степени повреждения панкреатического протока, ибо только по степени его повреждения можно определить тактику лечения. Степень повреждения вирсунгового протока определялась по фистулограмме или по его изображению при ретроградной панкреатографии.

Результаты. С полным повреждением вирсунгового протока ПС мы отметили у 11 больных, у 4 из которых возник после выполненной панкретодуоденальной резекции. У 5 больных свищ образовался после перенесенного деструктивного панкреатита с исходом в нагноившуюся кисту поджелудочной железы с неполным краевым повреждением протока. После травмы живота ПС отмечен у 3 больных, у 2 свищ возник после операции продольной панкреатоеюностомии и у 1 больного терминальный свищ образовался после острого панкреатита хвоста поджелудочной железы. Длительность существования свищей – от 2 месяцев до 1 года.

Выбор метода лечения ПС зависел от степени повреждения вирсунгового протока, его локализации, а также этиологии образования. Консервативно излечено 8 больных. Протокол консервативной терапии, включал противовоспалительную терапию, профилактику мацерации кожных покровов, Н2-блокаторы (квамател), препараты сандостатинового ряда (октреотид), ферментные препараты (химотрипсин, химопсин), а также препараты общеукрепляющей терапии.

Методом пломбировки излечены двое больных, пломбирование производили силиконовым эластомером (панкреасил). Метод эффективен при неполных поражениях вирсунгового протока и при парапанкреатических свищах.

Оперативное вмешательство выполнены 13 больным, 9 из которых произведены операции внутреннего дренирования, 4 внутрибрюшная фистулоеюностомия. Троим пациентам произведена левосторонняя панкреатэктомия с иссечением свища.

Заключение. Проведенный анализ лечения больных с СПЖ показывает, что эта проблема остается очень сложной в хирургической панкреатологии. Выбор метода лечения зависит от степени повреждения вирсунгового протока. Улучшение результатов лечения ПС, прежде всего, зависит от патогенетически обоснованной консервативной терапии острого панкреатита и совершенствования техники хирургических операций на поджелудочной железе.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ С АСЦИТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Третьяк С.И., Ращинский С.М., Боровик Е.А., Ращинская Н.Т., Громак А.Ф., Невмержицкий М.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Минск, Беларусь

Несмотря на достижения современной панкреатологии, за последние два десятилетия, вопросы тактики лечения внутренних панкреатических свищей с асцитом остаются открытыми. Отдаленные результаты лечения этой когорты пациентов описаны в единичных публикациях.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты хирургического лечения внутренних панкреатических свищей с асцитом при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. Прооперировано 29 пациентов с панкреатогенным асцитом при хроническом панкреатите на базе отделения хирургической гепатологии «Больницы скорой медицинской помощи г. Минска» за период с 2008 по 2015 гг. Преобладали мужчины (75,9%) трудоспособного возраста (медиана 39 (35-46) лет) с алкогольной этиологией (96,6%) хронического панкреатита.

Пациентам были выполнены следующие виды хирургического лечения: операция Фрея – 23 (79,3%), в сочетании с билиарной реконструкцией – у 9 (39,1%); панкреатоцистоэнтеростомия на петле по Ру – 6 (20,7%). Общее число осложнений составило 7 (24,1%), летальность – 1 (3,4%)

Оценку отдаленных результатов лечения (28 пациентов) проводили во время плановой госпитализации через 12-24 (медина 13 (12-16)) месяца. Для оценки качества жизни использованы результаты анкет опросника SF-36 v.2тм.

Результаты. Удовлетворительные результаты отмечены в 26 (92,9%) случаях. У 1 (3,6%) пациента был выявлен специфический тип сахарного диабета, у 1 (3,6%) – лигатурный свищ. Рецидива панкреатогенного асцита за указанный период не было. При сравнении качества жизни у оперированных, согласно критерию Уилкоксона, выявлено улучшение по всем сравниваемым показателям ($p<0,05$), что подтверждают целесообразность и эффективность хирургического лечения. Отдельно выделена группа пациентов (16), срок наблюдения в которой составил больше 24 месяцев (медиана 60,5 (42-78). Среди осложнений естественного течения хронического панкреатита выявлены: стриктура интрапанкреатической части общего желчного протока – 1, что потребовало дополнительного оперативного пособия; сахарный диабет специфический тип – 2. У одного пациента через 26 месяцев был установлен рак тела поджелудочной железы с последующим летальным исходом. Один пациент умер через 62 месяца от эндокардита. При однофакторном корреляционном анализе Спирмена выявлена связь между частотой осложнений и локализацией свища в головке поджелудочной железы, а также стриктурой интрапанкреатической части общего желчного протока до операции (Rho – 0.404, p=0.043; Rho – 0.411, p=0.029 соответственно).

Заключение. Удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения внутренних панкреатических свищей с асцитом при хроническом панкреатите оправдывают предложенную хирургическую тактику.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Карпов А.А., Дроздов П.А.

ГБУЗ Городская клиническая больница им.С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Травматическое повреждение поджелудочной железы долгие годы остается одной из самых сложных патологий в гепатопанкреатобилиарной хирургии. В последние годы у хирургов появилась возможность использования эндоскопических технологий в лечении этой категории пациентов.

Материалы и методы. В условиях специализированного отделения хирургии печени и поджелудочной железы Городской клинической больницы им. С.П. Боткина за период с 2010 по январь 2017 гг. находились на лечении 27 пациентов с различными видами травматических свищей поджелудочной железы, при этом последние 3 года стали активно применяться эндоскопические внутрипросветные технологии. Возраст больных составил 24,4±5,8 года, соотношение мужчин и женщин – 2:1.

Результаты. Распределение пациентов по причине формирования свища: в 5 случаях – после лапаротомного вмешательства, в 22 случаях вследствие дренирования острого жидкостного скопления под контролем трансабдоминального УЗИ. С целью купирования явлений наружного панкреатического свища 7 пациентам выполнено формирование эндоскопических цистодигестивных анастомозов пластиковыми стентами:. трансдуоденального и трансгастрального – 5 больным, транспапиллярного – 2. Критериями неэффективности эндоскопических технологий служили: рецидив псевдокисты, атрофия дистальных отделов поджелудочной железы, нарастание панкреатической гипертензии. 3 больных в последствии оперированы лапартотомным способом, выполнено формирование панкреатикоеюноанастомоза.

Выводы. Мининвазивные современные эндоскопические технологии в лечении больных с травматическим повреждением поджелудочной железы в настоящее время могут служить операциями выбора в лечении этой сложной категории больных.

СПАСИТЕЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ КУЛЬТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Щерба А.Е., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю., Авдей Е.Л.,
Катин М.Л., Дзядзько А.М., Руммо О.О.

Республиканский научно-практическмй центр трансплантации органов и тканей на базе УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Некротизирующий панкреатит культи поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции является грозным ранним послеоперационным осложнением. Его развитие часто ассоциировано с развитием несостоятельности панкреатико-энтероанастомоза и септических осложнений. И консервативное лечение, и хирургическая тактика при данном осложнении в большинстве случаев приводит к летальному исходу (Rudis J., Ryska M. Rozhl Chir. 2014; Nentwich M.F. с соавт. World J Surg. 2015).

Цель исследования: дать критический анализ роли панкреатэктомии в лечении некротизирующего панкреатита культи поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения 111 пациентов со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы (внутрипротоковая аденокарцинома, карциноид, IPMN), которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР) на базе УЗ «9-я ГКБ» г. Минска (Республика Беларусь). ПДР сопровождалась сосудистой резекцией и реконструкцией в 29% случаев (32 из 111).

Результаты. Послеоперационный период у 19 (17,1%) пациентов осложнился развитием панкреатической фистулы, наличие которой у 7 (6,3%) пациентов потребовало выполнения релапаротомии. Послеоперационный некротизирующий панкреатит культи поджелудочной железы развился у 6 (5,4%) пациентов; у 5 из них была выполнена релапаротомия и окончательная панкреатэктомия; при этом, выжило 3 из 5 (60%) пациентов.

Заключение. Окончательная тотальная панкреатэктомия может явиться спасительной хирургической операцией у пациентов с некротизирующим панкреатитом культи поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции.

IX. РАЗНОЕ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекситан
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Закрытая травма поджелудочной железы у детей встречается редко и составляет не более 2% травм органов брюшной полости. Механизм закрытых повреждений поджелудочной железы у детей связан с ее сдавлением во время удара между позвоночником и внешним воздействующими факторами.

В клинике РНЦЭМП в отделении неотложной хирургии детского возраста в период с 2005 по 2017 гг. находилось 16 детей с закрытыми травмами поджелудочной железы (ПЖ). Возраст пациентов варьировал в пределах от 4 до 17 лет. Причиной повреждения была бытовая травма у 10 (62%), ДТП – у 6 (38%). Травма ПЖ была изолированная в 9 (56%) случаях, в сочетании с повреждениями других органов брюшной полости – в 7 (44%) наблюдениях.

При сочетании с повреждениями других органов брюшной полости были выявлены разрыв печени – у 3 (18%), селезенки – у 2 (12%), брыжейки тонкой кишки – у 1 (6%), двенадцатиперстной кишки – у 1 (6%).

У всех больных основным клиническим симптомом явилась боль в животе. Показатели амилазы и диастазы крови у 10 (62%) больных в первые трое суток были повышены от 45 мг\мл час до 160 мг\мл час.

Учитывая трудности клинической диагностики повреждений ПЖ при закрытой травме живота кроме клинико-лабараторных исследований, прибегали к дополнительным методом обследования, таким как УЗИ, КТ брюшной полости и по необходимости – применили лапароскопию с последующим исследованием полученной жидкости на содержание ферментов ПЖ.

Больные были оперированы в экстренном порядке с повреждениями органов брюшной полости в 7 (44%) случаях, в 1 случае с изолированной травмой ПЖ. В 3 (18%) случаях с изолированной травмой ПЖ больные оперированы на 3-5 стуки после травмы, то есть с ухудшением состояния, нарастанием перитонеальных симптомов. В остальных случаях проводили консервативную терапию.

В послеоперационном периоде осуществляли профилактику развития панкреонекроза путем использования Сандостатина, ингибиторов протеаз, также применялись спазмолитики, цитостатики, антибиотики широкого спектра. Несмотря на раннюю комплексную терапию, направленную на профилактику острого панкреатита у трех больных с изолированной травмой ПЖ наблюдалась клиническая картина деструктивного панкреатита, что и привело к оперативному вмешательству.

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, диагностика и лечение травм ПЖ у детей исключительно сложны. Для улучшения результатов лечения данной категории больных считаем целесообразным госпитализацию их только в специализированные учреждения с применением всего комплекса диагностических и хирургических их возможностей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП У ПЛАНОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП У ПЛАНОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Алексеев Н.А., Снигирев Ю.В., Снигирев А.Ю.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиничекая больница №5», Новокузнецк, Россия
НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования Минздрава России, Новокузенецк, Россия

Цель исследования: определить особенности одноэтапного лечения осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с использованием интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ИАЭПСТ) у плановых пациентов из лапароскопического доступа.

Материалы и методы. Проанализирован результат хирургического лечения 225 пациентов, поступивших в плановом порядке (женщин – 78,3%, мужчин – 21,7%, средний возраст – 56,7+12 лет). В 89,5% причиной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с выполнением ИАЭПСТ явился холедохолитиаз. Относительными показаниями к выполнению одноэтапной тактики осложненной ЖКБ явились: данные анамнеза, свидетельствующие о патологии внепеченочных желчных путей, отсутствие значительного расширения общего желчного протока (ОЖП), множественного, крупного холедохолитиаза по данным дооперационного УЗИ, отсутствие блока большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК), наличие доступа к БСДПК, отсутствие инфильтративных изменений в проекции печеночно-двенадцатиперстной связки по данным УЗИ. Окончательным показанием к выполнению ИАЭПСТ при ЛХЭ являлся результат интраоперционной холангиографии (ИОХГ).

Результаты. У 196 больных оперативное лечение проводилось в объеме ЛХЭ, ИОХГ, ИАЭПСТ с удалением конкрементов. Множественный холедохолитиаз, крупные конкременты, признаки хронического холангита, множественные билиарные сладжи наблюдались у 29 больных, из них у 24 пациентов диаметр ОЖП по данным дооперационного УЗИ составлял 12 мм и более. Осложнений, ассоциированных с вмешательством на БСДПК не отмечено. Осложнения, связанные с доступом регистрировались у 3 (1,3%). Больным, у которых по данным дооперационного УЗИ диаметр внепеченочного желчного протока составлял 13-15 мм (33 человека), ЛХЭ, ИОХГ, ИАЭПСТ дополнялись билиарной литотрипсией в 33,3% (11 человек). Оперативное лечение завершалось наружным дренированием ОЖП у 18 больных. Показанием для дренирования явились множественные камни желчного протока, признаки холангита, а также отсутствие уверенности в адекватной санации гепатикохоледоха. В послеоперационном периоде всем больным, у которых оперативное лечение заканчивалось наружным дренированием желчного протока, выполнялась холангиография.

В послеоперационном периоде 25 больным выполняли ретроградную ревизию желчного протока. У них во время операции был выявлен множественный, крупный холедохолитиаз, потребовавший сложных продолжительных интраоперационных процедур. Остаточный холедохолитиаз диагностировали у 23 больных. При оценке данных дооперационного УЗИ выявлено, что диаметр ОЖП у данной категории больных составлял 10-15 мм. Холедохолитиаз в послеоперационном периоде выявлен у 2 больных при диаметре желчного протока 10 мм и 12 мм. В случае, когда диаметр желчного протока по данным дооперационного УЗИ составлял 13 мм, остаточный холедохолитиаз выявлялся у 5 (2,2%) больных, при диаметре 14 мм у 7 (3,1%) больных и при желчном протоке 15 мм – у 9 (4%). Таким образом, при диаметре ОЖП по данным дооперационного УЗИ более 12 мм у 21 (9,3%) больных потребовалось ретроградное чреспапиллярное эндоскопическое вмешательство на желчном протоке в послеоперационном периоде. Учитывая, что всем больным ЖКБ с патологией внепеченочных желчных путей выполнялась ИАЭПСТ, ретроградные вмешательства не требовали больших временных затрат, значительно облегчалось эндоскопическое лечение и сокращались возможные осложнения.

Выводы. Применение одноэтапной тактики лечения при лапароскопическом доступе с выполнением ИАЭПСТ у плановых пациентов позволяет осуществлять коррекцию патологии внепеченочных желчных путей, избегая ретроградного вмешательства на БСДПК на первом этапе при многоэтапном лечении, тем самым минимизируя осложнения, связанные с вмешательством на БСДПК, сокращая сроки лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Жвитиашвили И.Д., Прохоренко Т.И.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия
ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

Число выполняемых резекций печени по поводу метастазов колоректального рака (КРР) неуклонно увеличивается. При этом непосредственная летальность после операции составляет 0-7%, осложнения – 23-56%. В настоящее время резекция печени является основным методом, позволяющим реально увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество.

Цель исследования: изучить непосредственные и отдаленные результаты резекций печени при метастазах КРР.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 59 резекций печени, выполненных по поводу метастатического КРР. Мужчин – 24 (40,7%), женщин – 35 (59,3%), в возрасте 35-74 лет. Анатомические резекции печени произведены у 51 больных: правосторонняя гемигепатэктомия – 19, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 13, левосторонняя гемигепатэктомия – 16, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 3. Экономные резекции печени (от одного до 3 сегментов) выполнены у 8 пациентов. Лапароскопические операции сделаны у 5 больных, из них левосторонняя гемигепатэктомия – у 2, экономные резекции печени – у 3. Билобарное поражение печени отмечалось у 29 больных. Метахронные метастазы наблюдали у 35 (59,3%) больных, синхронные – у 24 (40,7%). Синхронные операции с удалением первичной опухоли выполнены у 10 больных. В 2 случаях применена методика First liver then tumor.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35% случаях. Наиболее частыми осложнениями после больших резекций печени были реактивные плевриты, потребовавшие повторные пункции (15,2%), длительное желчеистечение из раневой поверхности печени по улавливающим дренажам (11,9%). В 1 (1,7%) наблюдении отмечали кровотечение из раневой поверхности печени, потребовавшее выполнение релапаротомии, в другом (1,7%) – острая перфорация тонкого кишечника. Раневая инфекция – 2 (3,4%). Летальность отсутствовала. Одногодичная выживаемость при КРР составила – 81%, трехлетняя – 43%, пятилетняя – 28%.

Выводы. Резекция печени является наиболее эффективным методом лечения метатстатическгого ее поражения при КРР, с благоприятными непосредственными и приемлемыми отдаленными результатами лечения. Лапароскопические технологии позволяют значительно снизить травматичность вмешательства, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня, добиться максимального косметического эффекта.

КОМПЛЕКСНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФРАКТЕРНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ангелич Г.А., Писаренко С.С., Круду О.К., Дану М.М., Зуграву Т.А., Лупу Г.Ю.

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова
Клиника хирургии им. К.А. Цыбырнэ с НИЛ Гепатохирургии, Кишинёв, Молдова

Введение. Появление рефрактерного асцита у больного циррозом печени усугубляет прогноз заболевания и представляет значительные трудности для лечения. Эволюция резистентного асцита тесно взаимосвязана с процессами нарушений перитонеальной абсорбции и блокады лимфоцирцуляции

Цель исследования: определение возможностей хирургической коррекции рефрактерного асцита у больных декомпенсированным циррозом печени путём лапароскопической санации с послеоперационным фракционным лаважем брюшной полости дополненной симультанной декомпрессией грудного лимфатического протока.

Материалы и методы. За период 2012-2017 гг. в клинике прооперировано 98 больных (мужчин – 53 (54,1%), женщин – 45 (45,9%), в возраст от 29 до 71 года) циррозом печени с массивным рефрактерным

асцитом Child C (9-10), без явных признаков печёночной энцефалопатии. Основной этиологический фактор – вирусный гепатит С (47 (48,0%) человек), В (29 (29,6%) человек), В+D (17 (17,3%) человек) и только у 5 (5,1%) больных- токсический. С целью предупреждения возможных кровотечений на первом этапе производили эндоскопическую пломбировку варикозно-расширенных вен пищевода фибринным клеем у 81 (82,7%) больного. После контроля эффективности пломбировки вариксов, через 5-7 дней предпринималась лапароскопическая санация брюшной полости с полной эвакуацией асцитической жидкости, интраоперационный лаваж и дренирование брюшной полости. Симультанно, под местным обезболиванием производилась операция декомпрессии грудного лимфатического протока с целью улучшения лимфооттока от печени и органов брюшной полости. Фракционный послеоперационный лаваж повторялся ежедневно в течении 3-5 дней с целью снятия отёка брюшины и улучшения её резорбтивных свойств. Оценку результатов производили в сроки 3,6 и 12 месяцев, основные критерии – резервы печени и обьём асцита

Результаты. Послеоперационная летальность от прогрессирования печёночной недостаточности составила 5,1% (5 больных), в более отдалённые сроки (3-6 месяцев) по той же причине умерло ещё 7. Годичная выживаемость составила 87,6%. Полная регрессия асцита в сроки от 3 до 12 месяцев отмечена у большей части пациентов – 53 (55,8%), значительная регрессия и стабилизация у 25 (25,6%), умеренный регресс с необходимостью периодических декомпрессивных лапароцентезов в 8 случаях. У всех пациентов значительно улучшились функциональные резервы печени и качество жизни.

Выводы. Применение разработанной методики коррекции рефрактерного асцита у больных декомпенсированным циррозом печени путём лапароскопической санации с послеоперационным фракционным лаважем брюшной полости дополненной симультанной декомпрессией грудного лимфатического протока показало весьма высокую эффективность и заслуживает внедрения в клиническую практику.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОНОГО СИНДРОМА ПРИ ТАХЭ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ ГЦК

Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Рахманов С.У., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих протоков, Ташкент, Узбекистан

В последние годы трансартериальная химиоэмболизация печеночной артерии (ТАХЭ) является одним из современных направлений в лечении неоперабельной ГЦК и достоверно увеличивающей выживаемость.

В ближайшем послеоперационном периоде после ТАХЭ зачастую развивается определенная клиническая картина (у 60-80% пациентов), так названный постэмболизационный синдром ПЭС, степень выраженности которого иногда становится причиной категорического отказа пациентов от дальнейших курсов ТАХЭ. Он проявляется болями в правом верхнем квадранте живота, тошнотой, частичной кишечной непроходимостью, утомлением, лихорадкой, временным повышением уровня трансаминаз. Как правило, эти симптомы проявляются в течение трёх-четырёх дней и в типичном случае на фоне симптоматического лечения наступает восстановление через 7-10 дней. Полагают, что главной причиной ПЭС является некроз опухоли, между тем, более поздние публикации связывают это явление с повреждением здоровых участков печени.

Основу работы составил анализ постэмболизационного периода 9 пациентов с неоперабельной ГЦК, после процедуры ТАХЭ находившихся на лечении в НЦХП ЖВП и РКБ № 1 МЗ РУз, в период с января 2015 г по настоящее время. Пациенты были распределены в зависимости от режима эмболизации на 2 группы: I группа – 6 (66,7%) пациентов (липойодол – 5-10 мл, Доксирубицин 30-50 мг); II группа – 3 (33,3%) пациента (липойодол – 10 мл, Доксирубицин 100 мг). Все больные были в возрасте от 45 до 70 лет. Проведен анализ наиболее часто встречающихся клинико-лабораторных показателей, составляющих ПЭС, что позволило сделать вывод – выраженность постэмболизационного синдрома имеет прямую зависимость от дооперационного состояния пациента, от количества эмболизата и химиопрепарата. Болевой синдром оценивался

в течение 10 дней, по визуально-аналоговой шкале боли (VAS) для оценки болевого синдрома, где 0 – отсутствие боли, 10 – нестерпимая боль.

Болевой синдром возникал через 6–48 часов после выполнения ТАХЭ с максимальной выраженностью в течение первых 2 суток, что являлось критическим сроком, после которого происходил его регресс до незначительного проявления или полного исчезновения к 7-8 суткам послеоперационного периода. При анкетировании пациентов с целью оценки болевого синдрома выявлено, что средний балл боли составил у пациентов: в 1-е сутки: I группа – 6,4±2,3; II группа – 8,6±1,1 (p=0,01); на 6 сутки: I группа – 2,1±1,1; II группа – 6,5±1,3 (p=0,01).

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Рахимов С.У., Лим В.Г., Шерматов А.А.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих протоков, Ташкент, Узбекистан

Приоритетность любого метода лечения опухолей печени основывается на выживаемости больных. Эффективность системной химиотерапии при неоперабельном поражении не превышает 20-30% при выживаемости 3-4 мес., что способствовало внедрению в клиническую практику методов трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) печеночной артерии. Теоретическими предпосылками являются особенности кровоснабжения печени, где паренхима до 80% имеет портальное обеспечение, в то время как опухолевые узлы в основном (до 95%) питаются из ветвей печеночной артерии. ТАХЭ в настоящее время считается одним из наиболее эффективных методов лечения неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

В НЦХП ЖВП с 2014 по настоящее время наблюдаются 25 пациентов с ГЦК. Из них 16 пациентов были признаны неоперабельными в связи с большими размерами опухоли и множественными поражениями печени.

Согласно критериям J. Gates с соавт. (1999) – достаточный функциональный резерв печени (билирубин не более 70 ммоль/л), отсутствие внепеченочного распространения опухоли, морфологические формы опухоли, при которых химиоэмболизация эффективна (гепатоцеллюлярный рак), гемоглобин более 80 г/л., всем 16 пациентам была выполнена ТАХЭ.

Процедура химиоэмболизации ветвей печеночной артерии включала два этапа: диагностический и лечебный. Чресбедренным доступом в печеночную артерию вводили микрокатетер и выполняли селективную ангиографию с контрастированием артериального русла печени с целью оценки ангиографической морфологии внутрипеченочных опухолевых узлов, локализации и количества питающих их сосудов, наличия артериальных анастомозов при повторных вмешательствах. Химоэмболизирующий состав приготавливали непосредственно перед применением. В 5-10 мл Липиодола добавляли 30-100 мг Доксирубицина и производили перемешивание поступательными движениями 2 шприцов соединенных через коннектор до получения однородной эмульсии. Полученную смесь, постоянно перемешивая, малыми порциями под рентгенвизуальным контролем вводили через присоединенный к коннектору микрокатерер.

Одномоментное введение 10 мл Липиодола +100 мг Доксирубицина было произведено 6 пациентам.

Химиоэмболизацию проводили 10 пациентам дробно 5-10 мл Липиодола +(30-50) мг Доксирубицина с периодом 1 месяц.

Первые две недели после эмболизации наблюдали снижение функциональных показателей печени (повышение уровней трансаминаз, билирубина) у пациентов с одномоментным введением 100 мл Доксирубицина. Пациенты в первые дни после процедуры жаловались на периодические боли в животе, общую слабость, тошноту, которые были купированы симптоматической терапией.

Оценку эффективности производили через 3 месяца согласно критериям ВОЗ и RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors – критерии оценки ответа опухоли на лечение) (WHO, 1979).

НЕУДАЧИ ОПЕРАЦИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И МЕСТО ЭНДОХИРУРГИИ В ИХ КОРРЕКЦИИ

Балалыкин А.С., Курдо С.А., Свергуненко С.В., Гвоздик В.В., Саввин В.Ю., Барбадо Мамедова П.А., Рыжкова М.М., Шпак Е.Г., Архипкин А.К., Амеличкин М.А.

ГБУЗ МО Наро-Фоминская районная больница №1, Наро Фоминск, Россия
Центральная городская клиническая больница г. Реутов, Россия

Актуальность. Операция лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была воспринята хирургами и сдержанно, и негативно (как и все эндоскопические методики) и этот взгляд поттвердили ее неудачи (повреждения желчных протоков), которые мы впервые в 1993 г. анализировали и классифицировали. Пропаганда и обучение в рамках РОЭХ и различных курсов, привели к ее широкому применению, сделали альтернативой традиционной хирургии (ТХЭ), но проблемы остаются. Наметилось и новое направление их коррекции – эндохирургия (ЭХ).

Цель исследования: оценить возможности ЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. В период 2015-2016 гг. наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ: с повреждениями желчных протоков – 7 (ЛХЭ – 6, ТХЭ – 1); с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) – 4 (Т-образных – 3, трубчатый – 1); с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП) – 17; с желчным свищом (ЖС) – 1; со стриктурами желчных протоков (ЖП) – 7; с забытыми камнями – 27; с неполной ХЭ – 1. Клинически они сопровождались перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21 они сочетались. После ЛХЭ у больных превалирующими были повреждения ЖП (6 из 7), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др.

Результаты. Для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы БДС. Недостаточное предоперационное обследование (игнорирование чреспапиллярной ЭХ) – причина неадекватных операций ТХЭ.

Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полостьи по НДЖП (11 из 14), НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холелитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при травмах (3 из 6) и стриктурах ЖП (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом с Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Выводы. 1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой.

2. Эндоскопическая хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП, НКПП, дефектах НДЖП и неудачах ЧПЭХ при холедохолитиазе.

СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж., Мамедова З.Б.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

По данным литературы, острый холецистит более чем в 90% случаев развивается на фоне желчнокаменной болезни и у 26% больных сопровождается синдромом системной воспалительной реакцией (ССВР).

Цель исследования: изучить некоторые показатели цитокинового профиля при ССВР у больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных с ОКХ осложненной ССВР. С учетом предложений согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины (ACCP/SCCM) у больных при поступлении оценивали число критериев: ССВР 2 был у 25, ССВР 3 – у 17 и ССВР 4 – у 14 больных. У 12 больных состояние нами оценено как сепсис. Всем больным была выполнена холецистэктомия: лапароскопическая (51) и открытая (17). У всех больных при поступлении, на 3-е и 7-е сутки после операции исследовали показатели цитокинового профиля в периферической крови.

Результаты. Проведенные исследования показали, что исходные данные цитокинового профиля у больных с ССВР зависели от числа критериев.

Так, концентрация провоспалительных цитокинов TNFб, IL-6 и противоспалительного цитокина IL-4 повышалось с увеличением числа критериев ССВР, достигало максимального значения у больных с ССВР 4 и сепсисом. Наоборот, содержание противовоспалительного цитокина IL-10 с увеличением числа критериев ССВР уменьшался и самый низкий показатель отмечался при ССВР 4 и сепсисе.

Выводы. При ОКХ, осложненной ССВР, наблюдаются нарушения в цитокиновом статусе, глубина которого зависит от числа критериев ССВР и сепсиса. Глубокий дисбаланс в цитокиновом статусе свидетельствует о выраженности активности воспалительного процесса и имеет диагностическое значение в плане выявления общих закономерностей развития патологического процесса.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Гарелик П.В., Дешук А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема хирургического лечения острого холецистита (ОХ) сегодня не утратила своей актуальности. Несмотря на широчайшее применение «золотого стандарта» лапароскопической холецистэктомии, остаются дискутабельными вопросы о тактике ведения пациентов с длительностью заболевания более 48 часов, особенно пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией, и с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. В настоящее время доказана эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) при лечении таких заболеваний как трофические язвы, острый парапроктит, острый деструктивный панкреатит, которая представляет собой одно из перспективных направлений неонкологического применения данного метода лечения. Сложность применения ФДТ при лечении патологии органов брюшной полости заключается в отсутствии непосредственной доступности к ним.

Цель исследования: анализ результатов миниинвазивного хирургического лечения острого холецистита с ФДТ у пациентов в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 43 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в период с января 2014 по май 2017 гг. включительно. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст, наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и пищеварительной систем, а также наличие острого холецистита. Диагноз острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Все пациенты находились в возрасте старше 60 лет, женщин было – 29 (67,4%), мужчин – 14 (32,6%).

Результаты. Всем пациентам с ОХ после поступления в клинику назначалась консервативная терапия. При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов выносились показания для чрескожной чреспеченочной санационно-декомпрессионной пункции желчного пузыря (ЧЧСДПЖП) под УЗ-наведением с ФДТ. Использовался аппарат лазерный терапевтический (АЛТ) «Родник-1».

Длительность облучения 10 минут, длина волны 0,67±0,02 мкм, мощность излучения на дистальном конце световода 20 мВт, плотность мощности 25-30 Дж/см^2 (терапевтическая доза облучения). Консервативное лечение после проведения данной операции продолжалось. Из 43 пациентов у 39 (90,7%) данный метод лечения был эффективен после однократного его применения: наблюдалось значительное улучшение состояния пациентов, исчезновение боли и признаков воспаления в желчном пузыре при контрольном ультразвуковом исследовании, нормализовались лабораторные показатели крови. У 4 (9,3%) пациентов ЧЧСДПЖП с ФДТ пришлось произвести повторно вследствие отсутствия положительной динамики в первые 2-е суток. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило 6,13+0,7 койко-дня. После нормализации лабораторных показателей крови и данных УЗИ пациенты выписывались на амбулаторное лечение. Оперативное лечение после выписки рекомендовалось не ранее, чем через 2 месяца при условии компенсации функции со стороны других органов и систем организма и заключениями соответствующих специалистов.

Выводы. Чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением с однократным сеансом фотодинамической терапии является альтернативным методом лечения острого холецистита пациентов, у которых длительность заболевания более 48 часов или которым оперативное лечение противопоказано вследствие наличия сопутствующей патологии; способствует более быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, позволяет снизить количество рецидивов воспаления, уменьшив длительность пребывания пациентов в стационаре.

РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Глушков Н.И., Бельский И.И., Пахмутова Ю.А.

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Летальность от острого панкреатита достигает 15%, а при деструктивных формах существенно возрастает и составляет от 35 и более процентов. Несмотря на имеющиеся успехи в диагностике и лечении острого панкреатита, необходимо обратить внимание на насущную потребность в своевременной и точной диагностике функциональных и морфологических нарушений при остром панкреатите, и их изменений в динамике, определяющих исход заболевания.

Цель исследования: изучить влияние внутрибрюшной гипертензии и изменение регионарной гемодинамики на прогнозирование тяжести заболевания у больных с острым панкреатитом.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 200 пациентов с острым панкреатитом. Больные распределены на две группы: контрольная – 100 (50,0%) и исследуемая – 100 (50,0%) пациентов. Всем пациентам (n=200) выполняли комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, общеклинические, специальныем лабораторные и инструментальные методы исследования, УЗИ органов брюшной полости по стандартной методике. В исследуемой группе пациентам, наряду с общепринятым диагностическим алгоритмом определяли внутрибрюшную гипертензию и оценивали изменения регионарной гемодинамики в бассейне чревного ствола и притоках воротной вены. Всем пациентам выполняли малоинвазивные эндовидеохирургические вмешательства. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакета программ “Statistica 6.0” на персональном компьютере.

Результаты. Повышение уровня внутрибрюшной гипертензии и регионарные гемодинамические изменения достоверно указывали на прогрессирование воспали-тельно-деструктивного процесса в брюшной полости, что подтверж¬далось наличием клинических признаков перитонита, пареза кишки и развившихся гнойно-септических осложнений, а также данными лабо¬раторных тестов. При этом установлена значимая корреляция между уровнем внутрибрюшной гипертензии, изменениями регионарной гемодинамики и распространенностью панкреатогенного воспалительного процесса брюшиной полости и забрюшинного пространства. У пациентов, с регистрацией внутрибрюшной гипертензии I и II ст. ВБГ осложнений не наблюдалось, выздоровление отмечено у 100% пациентов. С повышением ВБГ до III ст. необходимость

перехода на конверсию потребовалась в 35,3% случаев, без летальных исходов. С повышением до IV ст. и выше во всех случаях потребовался переход на конверсию, гнойно-септические осложнения возникли в 90,0%, летальный исход в одном случае, выздоровление у 90,0% пациентов.

В контрольной группе полное выздоровление достигнуто у 67 (67,0%) больных и связанно с ранним обращением пациентов в стационар в ферментативную фазу заболевания, проведением интенсивной консервативной терапии. Конверсия на лапаротомию выполнена 32 (32,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 33 (33,0%) случаях с последующей лапаротомией, летальные исходы в 3 (3,0%). В исследуемой группе полное выздоровление достигнуто у 91 (91,0%) больного, конверсия на лапаротомию выполнена 14 (14,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 9 (9,0%) случаях с последующей лапаротомией, а летальные исходы – в 1 (1,0%).

Выводы. Мониторинг абдоминальной гипертензии и региональной гемодинамики, наряду с традиционными методами диагностики, позволяет прогнозировать тяжесть состояния больных острым панкреатитом до развития манифестных органических изменений, определять оптимальную хирургическую тактику и уменьшить количество осложнений с 33% до 9%, а летальности с 3% до 1%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ФРЕЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Запорожченко Б.С., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Россия
Одесский государственный университет, Одесса, Украина

Актуальность. Проблема хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) за последние годы стала чрезвычайно актуальной. Хронический панкреатит – хронический полиэтиологический воспалительнодегенеративный процесс в поджелудочной железе (ПЖ), который характеризуется необратимым и прогрессивным замещением панкреатической паренхимы фиброзной тканью с развитием псевдокист и кальцификатов, обструкцией двенадцатиперстной кишки, общего желчного и панкреатического протоков, воротной вены с развитием портальной гипертензии. Хроническое рецидивирующее воспаление ПЖ приводит к ряду осложнений, требую¬щих хирургического лечения. Операция Фрея (резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза) является одним из наиболее частых вариантов хирургического вмешательства.

Цель исследования: определить эффективность операции Фрея при хирургическом лечении больных хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. В клинике выполнено 46 операций по поводу ХП с выраженным болевым синдромом и панкреатической гипертензией. Всем больным выполнена резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея). Мужчин было 37 (80,5%), женщин – 9 (19,5%). Возраст больных варьировал в прелелах от 20 до 62 лет. Во всех случаях заболевание ХП возникло на фоне злоупотребления приема жирной пищи и алкоголя. Диагностическая программа обследования включала лабораторные анализы, а также исследование активности фекальной эластазы1 для оценки внешнесекреторной функции ПЖ. Для определения показаний и обьема операций в обязательном порядке проводилось ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография с внутривенным введением контрастного вещества.

В послеоперационном периоде осложнения различной степени тяжести развились у 12 (32%) больных. Кровотечение из панкреатоеюноанастомоза в раннем послеоперационном периоде возникло у 2 (7%) больных, из них у 1-го больного удалось остановить кровотечение консервативным путем, а 2-му произведена релапаротомия с прошиванием кровоточащего сосуда в зоне анастомоза. Послеоперационное течение осложнилось отёчной формой острого панкреатита у 18 (21%) больных, из них у 2 больных – панкреонекрозом. И у одного пациента на фоне панкреонекроза развилась полиорганная недостаточность приведшая к летальному исходу.

Результаты. Основываясь на анализе физикальных данных, методов инструментальной диагностики, длительности заболевания и социального статуса больного можно составить оценку его общего состояния. Объемы оперативного лечения определяется степенью фиброзных изменений ПЖ, локализацией конкрементов, кальцинатов и характером осложнения заболевания. Все эти патологические процессы должны обязательно быть обнаружены до оперативного лечения.

Выводы. 1. Выбор операции Фрея показан при изолированном поражении головки ПЖ без нарушения функции соседних органов.

2. Резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея) наиболее оптимально показана больным хроническим рецидивирующим панкреатитом с выраженным болевым синдромом на фоне панкреатической гипертензии.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Дронов А.И., Ковальская И.А., Скомаровский А.И., Бакунец Ю.П.

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

Частота возникновения печеночной недостаточности после резекции печени составляет 0,7-50%. Профилактические мероприятия максимально эффективны при их использовании на всех этапах предоперационного, интраоперационного и послеоперационного ведения пациентов при резекции печени.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с очаговой патологией печени путем разработки алгоритма профилактики острой пострезекционной печеночной недостаточности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 205 больных, которым выполнили резекцию печени в период с 2009 по 2015 гг. Профилактику печеночной недостаточности проводили в три этапа. Первый (предоперационный) этап включал проведение всем больным со стеатозом (при доброкачественной очаговой патологии печени) диетотерапии в течение 4 недель, а больным с механической желтухой – предоперационной желчной декомпрессии. Второй (интраоперационный) этап профилактики печеночной недостаточности включал влияние на четыре основных фактора: уменьшение интраоперационной кровопотери, избежание гемотрансфузии, избежание выполнения сосудистой изоляции печени, выполнение двухэтапной резекции печени (in situ split). С целью уменьшения интраоперационной кровопотери использовали при резекции печени аппарат LigaSure с насадкой volilab и ультразвуковой диссектор. Также, проводили выполнение минимальной сосудистой изоляции печени пациентам при резекции в пределах одной доли. Пациентам, которым выполняли расширенные резекции печени при необходимости сосудистой изоляции, использовали многоэтапный Pringle-маневр (10-5, 15-5 до 90 минут). Всем пациентам после сосудистой изоляции проводили инфузию реополиглюкина (10 мл/кг). Резекцию печени in situ split выполняли пациентам, у которых при расчете остаточный объем печени составлял менее 20%. Третий (послеоперационный) этап профилактики печеночной недостаточности включал выполнение плазмафереза. Плазмаферез выполняли до появления клинических признаков печеночной недостаточности. Показанием для выполнения плазмафереза были: повышение показателей билирубина, АЛТ, АСТ и снижение – мочевины, альбумина, ПТИ, МНО, фибрина, а также снижение показателей метацитинового дыхательного теста. Метацитиновий дыхательный тест выполняли за сутки до оперативного вмешательства, на вторые и пятые сутки после резекции печени, его показатели были ключевыми. Снижение суммарной концентрации CO^2 через 120 мин. ниже 10%, считали показанием для выполнения плазмафереза. Пациентам с показателем ниже 5% выполняли плазмаферез начиная со вторых суток через день до 5 сеансов. Пациентам с показателем от 6% до 10% выполняли плазмаферез, начиная со вторых суток через каждые двое суток до 5 сеансов. Пациентам с показателем выше 11% плазмаферез не выполняли.

Результаты. Выполнение резекции печени in situ split позволило избежать развития острой пострезекционной печеночной недостаточности при исходном остаточном объеме паренхимы печени

20,2% и 15,3%. Гемотрансфузия выполнена только 31% пациентов, а сосудистая изоляция печени 15,1%. Послеоперационная печеночная недостаточность возникла у 30 (14,6%) больных. В послеоперационном периоде умерло 15 (7,3%) больных.

Выводы. 1. Разработанный алгоритм позволяет прибегнуть к профилактическим мерам развития печеночной недостаточности на всех этапах хирургического лечения больных при резекции печени.

2. Выполнение двухэтапной резекции печени in situ split позволило избежать развития острой пострезекционной печеночной недостаточности при исходном остаточном объеме паренхимы печени 20,17% и 15,3%.

3. Применение разработанной тактики лечения позволило уменьшить выполнение гемотрансфузий (до31%) и сосудистой изоляции печени (до 15,1%).

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Калашник Р.С., Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

В настоящее время отсутствует единое мнение как по вопросу показаний к оперативным вмешательствам (особенно при клинике протоковой гипертензии без расширения главного панкреатического протока (ГПП)), так и по вопросу наиболее рационального варианта хирургического лечения хронического калькулезного панкреатита (ХКП).

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ХКП на основании патологических изменений паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) и ее протоковой системы.

Материалы и методы. В исследование было включено 42 пациента. Хирургические вмешательства выполнены в период с января 2011 г. по март 2016 г. Выделены 3 основные и 1 контрольная группы, в которую вошли пациенты (n=13 (30,9%) после наложения продольного панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) на выключенной петле по Ру (операция Partington-Rochelle). В основные группы были включены пациенты: 1 группа – после резекционно-дренирующих операций (n=10 (23,8%), 2 группа – после наложения продольного панкреатоеюноанастомоза и билиодигестивного анастомозана выключенной петле по Ру (n=12 (28,6%), 3 группа – после таких резекционных хирургических вмешательств, как панкреатодуоденальная резекция, резекция тела поджелудочной железы и дистальная резекция поджелудочной железы (n=7 (16,7%).

Абсолютным показанием к операции была клиника гипертензии ГПП при его расширении более 5-7 мм по данным инструментальных методов диагностики. Относительными показаниями к оперативному вмешательству служили выраженные клинические проявления у пациентов с данной патологией (в первую очередь, интенсивный болевой синдром) без дилатации ГПП или при расширении его до 3-4 мм.

Результаты. Летальных исходов не отмечено. Наименьшее количество послеоперационных осложнений и наилучшие показатели качества жизни по всем шкалам международного опросника MOSSF-36 и по всем показателям анкеты-опросника для прооперированных пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом, разработанной авторами, отмечены в основной группе 1.

Значительно улучшить результаты оперативного лечения пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом позволяет ультразвуковая селективная диссекция паренхимы ПЖ вокруг фиксированных панкреатолитов протоков I-II порядка на 2-3 мм по боковым поверхностям, по задней стенке ГПП с последующим удалением панкреатолитов (патент РФ №2580197). Применяя способ ультразвуковой селективной диссекции паренхимы ПЖ вокруг панкреатолитов с последующим их удалением, мы стремились к удалению в зоне вскрытого ГПП фиксированных панкреатолитов протоков I-II порядка с частичной диссекцией ткани ПЖ по верхнему и нижнему краю рассеченного по передней поверхности ГПП, улучшая отток панкреатического сока из протоков I-II порядка. Этот способ позволяет удобно выделять и удалять панкреатолиты в толще паренхимы при расширении ГПП по Фрею в головке ПЖ, а также улучшить отток из дистального отдела

ГПП и освободить от панкреатолитов проксимальный участок ГПП без прохождения в ДПК. Расширение ГПП на границе головки и тела ПЖ позволяет более длительное время не облитерироваться ПЕА.

Получено статистически значимое улучшение суммарного значения показателей качества жизни пациентов после нашей модификации операции Фрея в сравнении с суммарным значением показателей качества жизни после операций Фрея и Избицки.

Заключение. Использование разработанного авторами способа ультразвуковой селективной диссекции паренхимы поджелудочной железы вокруг панкреатолитов с последующим их удалением позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВНЫХ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Коробка В.Л., Коробка Р.В., Шаповалов А.М., Шинкарь О.Г.

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия
МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

Клиническому обследованию подвергли 257 больных циррозом печени. Доля мужчин составила 55%, женщин – 45%. Средний возрастной показатель – 50,8±12,3 лет. Варикозное расширение вен (ВРВ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлен у 232 (90,3%) пациентов: в пищеводе – 189 (81,5%) случаев, в пищеводе и кардиальном отделе желудка – 43 (18,5%). Пищеводные кровотечения имели 106 (41,3%) больных, из них у 28,4% на всем протяжении заболевания кровотечения рецидивировали.

Эндосонографически у 68 пациентов были изучены изменения кровоснабжения передней стенки желудка в его проксимальных отделах. Полученные данные позволили определить корреляционную связь между интенсивностью кровоснабжения желудка и степенью ВРВ, что легло в основу оригинального способа азиго-портального разобщения (патенты РФ №2412657 и №2607178).

По оригинальной методике оперировали 36 больных с высоким риском пищеводного кровотечения. Плановые вмешательства перенесли 29 (80,6%) больных. Неэффективность консервативных мероприятий, направленных на остановку варикозного кровотечения, стала показанием к срочной операции у 7 (19,4%) пациентов. Во всех случаях производили селективную проксимальную ваготомию, резецировали пищеводно-желудочный переход и кардиальный отдел желудка, формировали эзофагогастроанастомоз на передней стенке желудка с одномоментной коррекцией пищеводно-желудочного перехода.

Послеоперационные осложнения в раннем периоде возникли у 7 (19,4%) больных, 2 пациента умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности. В сроки до 1 месяца (21,5±4,7 сут.) после операции отмечали достоверно значимое уменьшение диаметра подслизистых вен (4,84±0,61 мм до операции против 4,10±0,53 мм после операции, $p<0,001$) при отсутствии рецидивов варикозных кровотечений. С увеличением сроков послеоперационного периода (23,4±14,1 мес.) наблюдали дальнейшее запустевание ВРВ вен пищевода (4,10±0,53 мм после операции против 3,50±0,26 мм в отдаленном периоде, $p<0,001$)

Отдаленные результаты хирургического лечения изучили у 31 больного в сроки до 5 лет. Анализ выживаемости больных показал, что в течение 2-х лет после операции умерло еще 3 больных. Причиной смерти в двух наблюдениях стало прогрессирование печеночной недостаточности, 1 пациент умер от рецидива кровотечения из вен желудка. Тем не менее, проведенная операция позволила продлить жить большинству оперированных пациентов. Спустя 4 года после операции более 75% оперированных больных (28) были живы, их состояние оставалось удовлетворительным.

В настоящее время под наблюдением находятся 22 пациента, из них 6 больным в нашем учреждении выполнена трансплантация печени (2 находятся в листе ожидания), 14 получили противовирусную терапию с хорошим результатом.

Таким образом, анализ результатов проведенного хирургического лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно расширенных вен показал, что оригинальный способ позволяет не только останавливать, но и эффективно предупреждать рецидив данного осложнения. В совокупности это

дает больным шанс перейти к следующему этапу лечения основного заболевания – трансплантации печени или же завершить курс противовирусной терапии.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИМПЕДАНСА ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ И БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ПОСЛЕ ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Леонов С.Д., Панченков Д.Н., Родин А.В.

ФГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

У 20 лабораторных крыс линии Vistar проведена оценка показателей электрического импеданса тканей печени, селезенки и большого сальника после обширной резекции печени (ОРП) непосредственно сразу после вмешательства, на 3-е и 14 сутки послеоперационного периода с помощью аппарата для инвазивной биоимпедансометрии BIM-II на частоте 2 кГц.

Электрический импеданс интактной печени был равен – 2,48 (2,16; 3,3) кОм. В первые минуты после ОРП исследуемый показатель достоверно уменьшился и составил 2,04 (1,22; 2,67) кОм (n=14, различия достоверны, $p<0,05$), что, возможно, связано с увеличением кровотока в оставшейся доле печени.

На 3 сутки после ОРП электрический импеданс паренхимы печени достоверно увеличился до 2,88 (1,96; 3,84) кОм (n=12, $p<0,05$) а на 14 сутки достиг интактных значений и составил 2,5 (1,81; 2,85) кОм.

Коэффициент D2кГц/20кГц печени статистически значимо увеличился на 3 сутки эксперимента относительно показателей до резекции – 1,76 (1,42; 2,03) и непосредственно после резекции – 1,5 (1,39; 1,81) и составил 1,96 (1,58; 2,46) ($p<0,05$), что, скорее всего, связано с развитием жировой дистрофии печени различной степени выраженности.

В первые минуты после ОРП электрический импеданс селезенки у исследуемых животных достоверно уменьшился и равнялся 2,1 (1,79; 2,51) кОм (n=14, различия достоверны по сравнению со значениями в контроле, $p<0,05$). Можно предположить, что снижение импеданса связано с увеличением кровотока в органе.

При сравнении значений электрического импеданса печени и селезенки в первые минуты после резекции достоверных различий выявлено не было, что говорит об однотипных патофизиологических процессах в этих органах.

На 3 и 14 сутки наблюдения показатели электрического импеданса селезенки не претерпели статистически значимых изменений и оставались достоверно ниже контрольных значений – на 3 сутки – 2,12 (1,63; 2,63) кОм, а на 14 сутки – 2,15 (1,94; 2,99) кОм. При этом электрический импеданс паренхимы печени достоверно превышал значения исследуемых показателей селезенки.

Коэффициенты дисперсии селезенки не изменялись на всем протяжении эксперимента, что говорит об отсутствии значимых морфофункциональных изменений в паренхиме органа после ОРП.

В целом коэффициенты дисперсии паренхимы печени достоверно превышали показатели селезенки, что подтверждается общеизвестными данными о более высокой функциональной нагрузке печени по сравнению с селезенкой. При этом в период измерения показателей электрического импеданса непосредственно после ОРП, коэффициенты дисперсии паренхимы печени и селезенки выравнивались, в связи с резким снижением функциональной активности печени, обусловленной тяжестью оперативного вмешательства.

Электрический импеданс большого сальника также снижался после ОРП и имел более низкие значения показателей импеданса относительно контроля на всем протяжении послеоперационного периода.

Заключение. ОРП влияет на биофизические показатели не только самой печени, но селезенки и большого сальника, что необходимо учитывать в дальнейшем при разработке диагностических методик, направленных на прогнозирование пострезекционной печеночной недостаточности.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА В СТАДИИ СЕПТИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ

Майоров В.М., Дундаров З.А., Адамович Д.М.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. У 24-68% больных острым деструктивным панкреатитом развиваются нарушения иммунной системы. При анализе неудач видна нерешенная проблема коррекции возрастающих метаболических потребностей пациентов.

Цель исследования: оценка динамики иммунного статуса у пациентов с распространенным ГНПП.

Материалы и методы. В исследование вошли 79 пациентов, которых разделили на две группы. В контрольную вошли 35 (44,3%) пациентов, основную группу составили 44 (55,7%) пациента, у которых со 2-х суток было включено раннее энтеральное питание с использованием питательных смесей. Обе группы сопоставимы по степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Иммунный статус оценивался на 10 и 20-е по общему количеству Т-лимфоцитов (ТЛ), Т-хелперов (ТХ), Т-супрессоров (ТС), В-лимфоцитов (ВЛ) и по уровню сывороточных иммуноглобулинов (G,A,M).

Результаты. На момент операции в обеих группах отмечали Тзлимфопения, дисбаланс субпопуляционного состава ТЛ со снижением количества циркулирующих ТХ/индукторов и иммунорегуляторного индекса. У пациентов обеих групп был зарегистрирован вторичный иммунодефицит средней степени тяжести, при котором наиболее значимыми изменениями со стороны показателей иммунитета являлись пониженное содержание ТЛ и ВЛ, по сравнению с группой доноров. На 10-е сутки после операции в группах наблюдались существенные различия. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной группе составляло 1369±65 в 1 мл, в основной – был достоверно выше и составлял 2086±84 ($p < 0,001$). Иммунный статус в контрольной группе характеризовался снижением активности Т–клеточного и В–гуморального звеньев иммунитета. Снижение активности иммунорегуляторных клеток выражалось в уменьшении общего числа ТЛ и ВЛ. В контрольной группе сохранялись признаки вторичного иммунодефицита, обусловленные супрессией клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты. В основной группе было отмечено статистически значимое повышение уровня ВЛ до 0,59±0,04 ($p<0,01$), что сопровождалось увеличением уровней Ig G до 2,55 г/л ($p = 0,04$) и Ig A до 2,55±0,1 г/л ($p=0,03$). Статистически значимое уменьшение лейкоцитоза ($p<0,01$) у пациентов основной группы свидетельствует об уменьшении тяжести системного воспалительного ответа. На 20 сутки после операции в контрольной группе по-прежнему сохранялись лейкоцитоз ($p<0,01$) и лимфопения ($p<0,01$). Достоверно ниже было содержание ТЛ (Е-РОК) ($p<0,01$), активных ТЛ ($p<0,01$), ВЛ ($p<0,01$) и ТХ ($p<0,01$). Уровень секреторного Ig A также был достоверно ниже ($p<0,01$), чем у пациентов основной группы. В основной группе наблюдения уровень содержания ТЛ, активных ТЛ, ВЛ и ТХ был достоверно выше ($p<0,01$) аналогичных показателей контрольной группы и при этом достоверно не отличался от группы доноров. Уровень секреторного иммуноглобулина А был достоверно выше ($p<0,01$), чем в контрольной группе и группе доноров.

Выводы. 1. При развитии ГНПП на момент оперативного вмешательства установлено развитие SIRS-синдрома.

2. При отсутствии проведения целенаправленной метаболической терапии регистрируется прогрессирующий глубокий иммунодефицит в послеоперационном периоде преимущественно за счет клеточного звена.

3. Включение в комплексную терапию энтерального питания способствует компенсации недостаточности клеточного компонента иммунных реакций и фагоцитоза.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ И РАЗВИТИЯ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФИСТУЛ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Гасанов А.Г., Абдуллаева А.З.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Фатальными местными послеоперационными осложнениями после гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио-и панкреатодигестивных анастомозов, при которых, нередко, формируются билиопанкреатические фистулы. Для ликвидации последних зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы.

Цель исследования: оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике билио- панкреатической фистулы.

Материалы и методы. Подвергнуты анализу результаты применения резекционных технологий у 163 больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 140 (85,9%) пациентов: периампулярный рак – 129 (92,1%), рак тела ПЖ – 6 (4,4%), рак хвоста ПЖ – 5 (3,5%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 11 (6,8%) пациентов: непаразитарные – 7, эхинококковая киста – 4. Хронический панкреатит с преимущественным поражение м головки ПЖ – 12 (7,3%).

ГПДР выполнена 148 (90.8%) пациентам, центральная резекция ПЖ – 6 (3,7%) пациентам, дистальная резекция ПЖ – 9 (5,5%). Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа операции, были распределены на две группы: основная группа – 80 (49,1%) пациентов, которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были формированы на «каркасных» дренажах и контрольная – 83 (50,9%) пациента, которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не отличалась. Интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 2 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоеюноанастомоза в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных, в основной группе, были значительно меньше, чем в контрольной (x2+0,350; df= 1; p=0,551); общая летальность в основной группе больных – 0; в контрольной -8,9%.

Реконструктивно-восстановительный этап ГПДР является весьма сложным и чрезвычайно ответственным моментом данной операции. Основной причиной развития несостоятельности билио-и панкреатодигестивных анастомозов, мы считаем образование «трансцеллюлярного бассейна» в изолированный по Ру петле тощей кишки, с которой формированы все три анастомоза, вследствие поступления в ее просвет всей трансцеллюлярной жидкости из органов верхних отделов брюшной полости в условиях наличия гастроэнтеростаза.

Декомпрессия изолированной по Ру петли тощей кишки путем наружного отведения указанной «трансцеллюлярной жидкости», на период заживления анастомозов позволило нам минимизировать фатальные местные послеоперационные осложнения при ГПДР.

Заключение. Формирования билио-и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводит летальность после ГПДР до нуля.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Муаззамов Б.Б., Шарипов И.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Эхинококкоз печени является одной из актуальных проблем современной хирургии, при этом основным методом лечения данного заболевания продолжает оставаться хирургический. Однако, к сожалению, не всегда проведенная операция дает столь положительные результаты, которые бы следовало ожидать. Немалый процент рецидивов и послеоперационных осложнений, которые имеют значительное влияние на качество жизни пациентов, заставляет ученых искать новые пути решения данной проблемы. Одними из частых осложнений являются длительное дренаженосительство, наличие цистобилиарных свищей, спаечная болезнь, нагноение послеоперационных ран и остаточных полостей.

Цель исследования: провести обзор и оценить результаты проведенного хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 гг. были исследованы результаты лечения больных с эхинококкозом печени и оценены результаты их проведения. Обследовано 76 (100%) больных, из которых у 24 (31,6%) отмечались раневые осложнения в виде нагноения и инфильтрацией послеоперационных ран, наличие послеоперационной вентральной грыжи – у 18 (23,7%), рецидивы эхинококкоза – у 19 (25%), причем у 11 (14,5%) из них наблюдали признаки спаечной кишечной непроходимости, нагноение остаточных полостей отмечено у 1 (19,7%) пациента, дренаженосительство от 9 месяцев до 1 года 2 месяцев со дня проведенной операции было у 2 (7,9%) больных.

Результаты. Пациенты с наличием раневых нагноений подвергнуты повторному оперативному вмешательству, также как 14 (18,4%) из 19 (25%) больных с рецидивным эхинококкозом. Больные с нагноением остаточных полостей также госпитализированы, 3 (3,9%) из них проведено также повторное оперативное лечение. При проведении операции по поводу рецидивного эхинококкоза в ходе вмешательства возникали трудности в связи с труднодоступностью кист, которым препятствовали массивные спаечные процессы.

Выводы. Одним из основных критериев правильно проведенной операции является профилактика осложнений и рецидивов заболевания, что имеет значительное влияние на качество жизни больного.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИМФОГЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ХОЛЕЦИСТИТА

Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж., Алымкулов М.Ч.

Киргизская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия

Проблема желчнокаменной болезни является актуальной, что подтверждается высокой заболеваемостью населения, имеющей тенденцию к росту и увеличению больных с острым деструктивным холециститом. В послеоперационном периоде возникают осложнения от 15 до 45%, требующие длительного стационарного лечения.

Цель исследования: определить эффективность применения лимфогенных технологий в комплексном лечении больных с деструктивными формами холецистита.

Материалы и методы. Наблюдали 175 больных деструктивными формами холецистита, из них мужчин 66 (37,7%) и 109 (62,3%) женщин, в возрасте от 26 до 72 лет: флегмонозный холецистит выфвлен у 121 (69,1%) больного, гангренозный – у 54 (30,9%). Выделены две группы: первая (контрольная) – 72 (41,1%) человека, которые получали традиционное лечение, включающее антибиотики (цефтриаксон или цефазолин) и метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки, инфузионную терапию; вторая (основная) – 103 (58,9%)

больных, у которых на фоне традиционной терапии была включена региональная лимфостимуляция через круглую связку печени. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности заболевания и характеру изменений желчного пузыря (гистологическое исследование). У больных основной группы в момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и через него вводили антибиотик цефазолин или цефтриаксон 1,0 и лимфотропную смесь, содержащую гепарин 70 ед. на кг веса тела, лидазу 8-12 ед., тактивин 1 мл, прозерин, 2 мл и новокаин 0,5% – 15-20 мл. Смесь вводили 1 раз в сутки на протяжении 4-5 дней, а если микроирригатор закупоривался, а необходимо было продолжать региональную лимфостимуляцию, то ее продолжали еще 2-3 дня по методике Ю.М. Левина (1986) смесь вводили в подкожную клетчатку голени.

Результаты. Анализ течения послеоперационного периода показал, что осложнения имели в контрольной группе место у 11 (15,3%) больных, из них нагноение раны – у 3, подпеченочный абсцесс, плеврит и эвентрация – по 1-му наблюдению, парез кишечника – у 3 и инфильтрат в области послеоперационного шва – у 2. Парез кишечника явился основанием для нас включением прозерина в лимфотропную смесь.

В основной группе послеоперационный период протекал более благоприятно, осложнения имели место у 5 (4,8%) из 103, из них у 2 на 3-и сутки в подпеченочном пространстве при УЗИ выявлено скопление жидкости, им под УЗИ выполнена чрескожная пункция и жидкость серозно-геморрагическая была удалена и у 3 больных имел место инфильтрат в области раны. Сопоставление основных клинических признаков показало, что при использовании лимфотропных технологий быстро нормализуется температура (в контрольной 4,2±0,17, а в основной 2,2±0,11 дней), исчезает болевой синдром (соответственно 3,8±0,21 и 2,1±0,18 дней), ниже частота осложнений. В основной группе частоту осложнений удалось снизить в 3 раза (с 15,3 до 4,8%), а средняя продолжительность пребывания в стационаре в контрольной группе составила 10,2±0,37, а в основной 7,4±0,23 койко-дней.

Заключение. Применение лимфогенных технологий в комплексе с традиционными методами лечения больных с деструктивными формами холецистита оказывает положительное влияние на течение послеоперационного периода, снижается частота осложнений и пребывание больных в стационаре, эта методика рекомендуется в широком плане.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ПЕРИТОНИТОМ

Мухиддинов Н.Д.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения острого аппендицита, осложнившегося перитонитом.

Материалы и методы. Приведены результаты лечения 126 больных с острым аппендицитом, которых разделили на три группы: лапароскопическая аппендэктомия (первая группа) – у 91 (72,2%), лапароскопически-ассистированная аппендэктомия (вторая группа) – у 27 (21,4%) и переход на традиционную аппендэктомию (третья группа) – у 8 (6,3%) больных.

Результаты. Все пациенты оперированы в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом, длительность вмешательства составила от 45 до 70 минут. Лапароскопическая аппендэктомия у 91 (72,2%) пациента. Отношение к обработке брыжейки червеобразного отростка зависело от анатомического строения и наличия выраженности воспалительного процесса в отростке. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли лигатурным способом без погружения культи отростка в купол слепой кишки.

У 27 (21,4%) больных лапороскопически этап диагностики завершился лапароскопически-ассистированной аппендэктомией по De Kok, показанием являлось изменение в области основания червеобразного отростка и куполе слепой кишки. Операция завершилась традиционным способом у 8 (6,3%) больных. В 5 случаях переход был осуществлен косым разрезом в правой подвздошной области по Волковичу Дьяконову и у 3 путем срединной лапаротомии. Причинами конверсии явились распространенный фибринозно-гной-

ный перитонит с парезом желудочно-кишечного тракта, ретроцекальное и ретроперитонеальное расположения червеобразного отростка и массивный спаечный процесс в брюшной полости.

Заключение. Лапароскопические и лапароскопически ассистированные вмещательства при лечении аппендикулярного перитонита позволяет снизить тяжесть хирургической агрессии, уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде и сократить сроки лечения больных.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОРТОПЕЧЁНОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ АСЦИТОМ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х.,
Ирматов С.Х., Байбеков Р.Р.

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

Цель исследования: проанализировать гемодинамические и функциональные показатели портопечёночного кровотока у больных циррозом печени осложненного асцитом.

Материалы и методы. В основу исследования положены материалы ретроспективного научного анализа результатов специализированного обследования и хирургического лечения осложнений портальной гипертензии у 867 больных с диффузным поражением печени, осложненным портальной гипертензией (ПГ), находившихся в АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова» за 40-летний хронологический период с 1976 по 2015 гг. включительно. Всем больным выполнены различные варианты портосистемного шунтирования (ПСШ).

Результаты. У больных с высокой ПГ на фоне внутрипеченочного блока частота развития асцитического синдрома не зависит от макроскопического вида цирроза печени (ЦП), при котором асцит выявлен в 39,6-46,7% случаев, в свою очередь, фиброз печени также осложняется развитием асцита в 29,3% случаев. В отличие от ЦП при внутрипеченочном блоке на фоне фиброза выявлены удовлетворительные показатели цитолиза и функционального состояния гепатоцитов, в свою очередь дефицит общего печеночного кровотока достоверно не отличается от полученных данных при узловой трансформации и в среднем составил 24,6%, следовательно, в развитии асцитического синдрома на фоне фиброза основным этиологическим признаком является именно прогрессирование ПГ, тогда как для ЦП характерно сочетание данного фактора со снижением функционального статуса гепатоцитов и выраженностью активности цирротического процесса и депрессии белковосинтетической функции.

Выводы. Нарастание нарушений гемодинамических показателей в сосудах воротного бассейна сопровождается увеличением частоты развития асцитического синдрома с 36% до 56,3%, при этом основное значение имеет как замедление линейной скорости кровотока ($P<0,05$) до 12,5±0,05 см/сек по селезеночной вене и 11,5±0,05 см/сек по воротной вене, так и расширение последней более 1,4 см в диаметре.

К ОЦЕНКЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К.

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

С 1975 года по 2017 годы в отделении хирургии печени и желчных путей прооперировано 3698 больных с эхинококкозом печени (ЭП), из них 1347 (36,4%) мужчин, 2351 (63,6%) женщин. В настоящее время клиника располагает опытом более 24 видов оперативных вмешательств, выбор которых зависел от числа кист, локализации, распространенности и размеров паразита, сочетанности поражения нескольких органов и анатомических областей, а также внедрения в комплекс хи¬ рургического лечения ЭП новых технологий

(лазеры, ультразвуковой деструктор-аспиратор CUSA Excel®+, плазменные потоки, универсальная энергетическая платформа FORCE TRIAD™ с технологией электрохирургии LigaSure, эндовизуальная техника, пункционно- аспирационные ме¬тоды лечения под контролем УЗИ и КТ и др.).

Выполненные оперативные вмешательства в зависимости от способа удаления паразита разделены на 2 основные группы. Первая (закрытая эхиноккэктомия) – когда производится удаление очага поражения с частью органа или без него (393), без нарушения целостности паразита; вторая (открытая) – удаление хитиновой оболочки после предварительной пункции и аспирации содержимого кисты с полной или частичной ликвидацией остаточной полости методами, указанными ниже.

Виды наиболее частых оперативных вмешательств:

1. закрытая эхинококкэктомия, капитонаж остаточной полости (n=244);
2. полузакрытая эхинококкэктомия, капитонаж и дренирование остаточной полости (n=438);
3. открытая эхинококкэктомия, наружное дренирование остаточной полости (n=564);
4. дренирование и тампонада сальником остаточной полости (n=407);
5. марсупиализация остаточной полости (n=3);
6. цистоэнтероанастомоз (n=14);
7. абдоминизация остаточной полости (n=645);
8. резекция печени (n=140);
9. капитонаж остаточной полости с частичной резекцией печени (n=764);
10. лапароскопическая эхинококкэктомия (n=86).

Приобретенный опыт поволил выработать некоторые общие принципы хирургического лечения ЭП человека.

Резекция печени с кистой и идеальная эхиноккэктомия показаны при ее краевых расположениях. При малых и средних кистах производится закрытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости методом капитонажа, оментопластикой или путем наложения поэтажных вворачивающих швов на фиброзную капсулу. При больших кистах с центральным расположением, когда нет возможности ликвидировать остаточную полость, производили открытую эхинококкэктомию с дренированием полости.

В случаях осложненного ЭП эффективно применение высокоэнергетических лазеров и плазменного потока, позволяющих коагулировать мелкие желчные свиши, выпаривать некротические ткани, добиваться апаразитарности вмешательства и бактерицидного эффекта.

При доступной визуализации и небольших раз¬мерах кист показана эхинококкэктомия с примене¬нием эндовизуальной техники, которая является малотравматичным и щадящим методом, позволяющим качественно улучшить результаты оперативного лечения.

Определенное и весомое значение имеет химиотерапия и химиопрофилактика препаратами альбендозола. Химиотерапия, являясь обязательным компонентом комплексного лечения, значительно снижает напряженность проблемы обработки остаточной полости.

Эволюция применяемых методов хирургического лечения ЭП человека и внедрение современных технологий заметно отразились на ближайших и отда¬ленных результатах оперативного вмешательства, на структуре и виде послеоперационных осложнений, реабилитационном периоде и сроках восстановления трудоспособности. При этом в среднем число тяжелых осложнений за период 2000-2017 гг. по сравнению с периодом до 2000 г. снизилось на 30%, рецидивов ЭП на 38%, сокращение пребывания больного в клинике на 6,2 к/д, летальность на 45%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х.,
Ирматов С.Х., Султанов С.А.

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

Цель исследования: оценить результаты портосистемного шунтирования (ПСШ) у больных циррозом печени (ЦП) с асцитическим синдромом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ПСШ у 556 больных, оперированных за период с 2000 по 2015 гг. За основу анализа взяты все особенности связанные с развитием и прогрессированием асцитического синдрома. При анализе в зависимости от типа шунтирования исследования проводились в группах с наиболее часто выполняемыми шунтами.

Результаты. Исходная декомпенсация ЦП по отечно-асцитическому синдрому достоверно повышает риск развития таких специфических осложнений как печеночная недостаточность с 6,9 до 13,5%, ПЭ с 12,1 до 16,2% и нарастание асцита с 7,2 до 16,2%, а частоты летальности с 2,1 до 3,8%. Основной причиной ранней летальности после ПСШ является риск развития тромбоза анастомоза с рецидивом кровотечения, тогда как по другим специфическим осложнениям, консервативные мероприятия позволяют нивелировать разницу в показателе удовлетворительных результатов операции (96,2% в группе с асцитом до ПСШ против 97,9% в группе без асцита). Количественный и качественный анализ асцитической жидкости показал, что в ближайший постшунтовой период (3-5 суток) развитие данного осложнения зависит от типа шунтирования, так при дистальном спленоренальном анастомозе (ДСРА) продукция асцита значительно повышена ($P<0,01$), при этом показатель общего белка в жидкости достоверно ($P<0,02$) выше, чем в асците у больных с центральным типом шунтирования. Данный факт обусловлен формированием селективного типа шунтирования на фоне ДСРА, при этом нарастание асцита не зависит от наличия данного осложнения до операции, что говорит о влиянии фактора выраженности портальной гипертензии и соответственно адекватности декомпрессии системы воротной вены, на фоне которой снижение фракции альбумина в крови и повышение её в асцитической жидкости ($R2=0,57$) может свидетельствовать о высоком остаточном портальном давлении.

Заключение. Исходная декомпенсация ЦП по отечно-асцитическому синдрому достоверно повышает риск развития таких специфических осложнений как печеночная недостаточность с 6,9 до 13,5%, ПЭ с 12,1 до 16,2% и нарастание асцита с 7,2 до 16,2%, а частоты летальности с 2,1 до 3,8%. У больных ЦП после ПСШ в 70,2% случаев декомпенсация по асцитическому синдрому обусловлена непосредственно цирротическим процессом и нарастанием функциональной недостаточности гепатоцитов, в остальных 29,8% случаев формирование данного осложнения связано с прогрессированием синдрома ПГ на фоне тромбоза анастомоза.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Салимов У.Р.

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

Цель исследования: изучить отдаленные результаты модифицированной методики тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследование включены 112 пациентов с синдромом портальной гипертензии после тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора. Возраст больных варьировал в пределах от 13 до 65 лет, средний показатель при этом составил 31,6±1,7 лет. По полу больные распределились следующим образом: мужчин – 69 (61,6%), женщин – 43 (38,4%). В зависимости от методики разобщения

азигопортального бассейна пациенты были разделены на две группы: первая группа – 46 (41,1%) больных с первичной методикой; вторая группа – 66 (58,9%) пациентов с модифицированной техникой тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора. В первой группе выполняли разобщение гастроэзофагеального коллектора по оригинальной методике: лигатурная транссекция желудка в субкардиальном отделе, с последующим формированием гастрогастрального анастамоза. Пациентам второй группы проводили разобщение гастроэзофагеального коллектора в модифицированном варианте: лигатурная транссекция желудка на каркасном протезе. Причиной портальной гипертензии явился цирроз печени у 56 (50,0%) больных, внепеченочная форма портальной гипертензии диагностирована у 46 (41,1%) больных, смешанная форма портальной гипертензии установлена у 10 (8,9%) больных. Больные были госпитализированы в плановом порядке в 76 (%) случаях, доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения 36 (%) пациентов.

Результаты. В первой группе ррецидив кровотечений отмечен у 15,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 23,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 15,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 6,0% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения (до 5 лет) составила 7,6%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 16,4% соответственно.

Заключение. Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора, 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.

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Нартайлаков М.А., Логинов М.О.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Актуальность. Во всем мире наблюдается общая тенденция к увеличению доли рака печени в структуре онкологических заболеваний. Большинство пациентов на момент выявления злокачественного процесса признаются неоперабельными. При нерезектабельном опухолевом поражении печени прогноз крайне неблагоприятный, выживаемость составляет всего несколько месяцев.

Цель исследования: оценить непосредственную эффективность лечения злокачественных новообразований печени методом химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА).

Материалы и методы. В РКБ им. Г.Г. Куватова за период 2014-2016 гг. у 74 пациентов было выполнено 166 циклов химиоэмболизации печеночной артерии (в среднем по 2,24 цикла). Средний возраст пациентов составил 60,2±9,2 года. Мужчин среди них было 38 (51,4%), женщин – 36 (48,6%). ХЭПА проводилась при помощи лекарственно насыщаемых микросфер. Использовались Гепасферы 50-100 мкм. Микросферы были насыщены 100 мг иринотекана, 100 мг оксалиплатина или 50 мг доксорубицина в зависимости от чувствительности опухоли, которую определяли методом иммуногистохимии.

Результаты. Непосредственные результаты проведенного лечения оценивали спустя 4 недели после химиоэмболизации по данным рентгеновской компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием в соответствии с критериями RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors). Частичный ответ отмечался у 17 пациентов, что составило 22,6%, стабилизация процесса отмечалась у 51 (69,8%) пациента, прогрессирование было отмечено у 6 (7,6%). Стоит отметить, что у 3(4%) пациентов удалось перевести стадию заболевания в резектабельную и им была выполнена резекция печени.

Выводы. Анализ непосредственных результатов химиоэмболизации печеночных артерий свидетельствует о хорошем локальном контроле злокачественных новообразований печени, при вполне удовлетворительной переносимости процедуры. ХЭПА может быть использована не только как метод подготовки перед хирургическим лечением, но и как самостоятельный метод лечения злокачественных новообразований печени.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Оленев Е.А., Выговский Н.В., Павлик В.Н., Соколов С.В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Актуальность. Острый холецистит продолжает оставаться актуальной проблемой в современной неотложной хирургии. Пациенты с острым холециститом среди общехирургических больных составляют 20-25%. Общие показатели летальности колеблется в различных учреждениях в пределах 2-12%. (Ермолов А.С. и соавт, 1999; Микаелян И.А., 2009). Однако, когда операции выполняют на фоне стихших воспалительных явлений, после обследований и подготовки пациентов, то можно наблюдать уменьшение процента летальности, которая равна 0,5-1%. Из видов острых холециститов, более распространенным является острый калькулезный холецистит, который, встречается у 10-15% больных, госпитализируемых в стационары, с острой хирургической патологией, остается одним из самых частых заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии. Бескаменные процессы встречаются в практике неотложной хирургии не более чем в 2-3% случаев – в основном это сосудистые поражения желчного пузыря у лиц с распространенным атеросклерозом, сахарным диабетом и др. Внедрение эндоскопических технологий создало условия для развития малоинвазивного метода лечения острого холецистита Холецистэктомия из мини-доступа (МХЭ) и лапароскопическаяхолецистэктомия (ЛХЭ) являются признанными операциями выбора при хроническом холецистте, поскольку полностью отвечают этим новым требованиям. Однако, возможности их применения в ургентной хирургии, и, в частности, в лечении острого холецистита, недостаточно изучены и требуют дальнейшего исследования.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с острым холециститом.

Материалы и методы. Проанализированы данные 363 историй болезни пациентов, поступивших в отделение экстренной (неотложной) хирургии нескольких многопрофильных стационаров г. Новосибирска за период 2016 г., из них женщин было 246 (67,8%), мужчин – 117 (32,2%) человек. Возраст больных был в пределах от 28 до 79 лет. Результаты оценивали с помощью клинического и статистического методов.

Результаты. Среди всего числа обследуемых, острый калькулёзный холецистит был диагностирован у 297 (81,81%) человек, острый бескаменный холецистит – у 66 (18,18%). Экстренную операцию выполнили у 92 (25,34%) человек, срочную – у 117 (32,23%), после купирования приступа острого холецистита отсроченную – у 188 (51,79%) пациентов. Среди них, лапаратомную холецистэктомию выполнили 64 (17,63%) пациентам, из мини-доступа – 163 (44,9%) пациентам, лапароскопическая – 136 (37,46%) пациентам. При этом, среди тех, у кого был диагностирован острый калькулёзный холецистит, наиболее часто встречался флегмонозный желчный пузырь (63%), катаральный – в 24%, деструктивные формы в 13% случаях (гангренозный – 8%, перфоративный – 5%). Течение заболевания осложнилось околопузырным инфильтратом у 94 (25,89%) человек. Механическая желтуха была диагностирована в 29,47% (107), перитонит – в 22,58% (82). После операции 78 пациентов проходили лечение в условиях ОРиИТ.

Выводы. 1. Наиболее часто встречается острый калькулёзный холецистит.

2. Увеличилось число малоинвазивных холецистэктомий.

3. Остаётся высоким процент осложнений острого холецистита.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Оморов Р.А., Айтбаев С., Абдиев А., Каниетов А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия

Цель исследования: оценить результаты использования мер профилактики пострезекционной печеночной недостаточности и воспалительных осложнений при альвеококкозе печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 132 больных альвеококкозом печени, которым выполнена радикальная операция: удаление правой или левой доли или два сегмента печени (82 (62,1%) человек) и паллиативная операция у 50 (37,9%) больных, при которой удален основной очаг поражения, но часть патологического процесса оставлена из-за риска повреждения сосудов или желчных путей. По классификации PNMR радикально оперированные больные были разделены следующим образом: PxNxM0R0 – 14, P1NxM0R0 – 17, P2N1M0R0 – 26, P3N1M0R0 – 20, P4N1M0R0 – 5; паллиативно оперированные больные: P4N1M0R1 – 31, P4N1M1R1 – 2, P4NxM0R2 – 17. Из 132 больных правая доля была поражена у 89 (67,4%), левая – у 31 (23,5%) и обе доли печени – у 12 (9,2%) больных. Резекции печени выполняли атипичные (31 (23,5%) человек) и анатомические (101 (76,5%) человек). В обследовании использовано УЗИ, КТ, МРТ, определяли эхоморфометрически объем пораженной части печени и резерв. Так как в возникновении печеночной недостаточности немаловажное значение имеет резерв печени, радикальные и паллиативные операции выполняли при сохранении печени не менее 30%. Для предотвращения печеночной недостаточности после лапаротомии осуществляли реканализацию пупочной вены, катетеризировали ее и начинали интрапортальное введение медикаментазных средств (рефортан, реополиглюкин, глюкозу 5% с комплексом витаминов, гептрал) после окончанияоперации продолжали интрапортальное введение медикаментозных средств не менее трех суток. Этот метод в момент операции и после нее способствует сохранению гемодинамики печени на должном уровне. К концу операции в круглую связку печени строго герметично фиксировали микроирригатор для выполнения региональной лимфостимуляции (1 раз в сутки через микроирригатор вводили лимфотропную смесь с антибиотиком-цефазолином или цефтриаксоном), лимфотропная смесь состояла из гепарина 70 ед. на кг веса тела, лидазы 8-12 ед., прозерин 2 мл, тактивин 1 мл и 0,5% раствора новокаина в количестве 15-20 мл, смесь вводили перманентно с интервалом 2-3 минуты, на протяжении 4-5 дней. Региональная антибиотико-лимфостимуляция направлена на предотвращение гнойно-воспалительных осложнений.

Результаты. Из 132 больных альвеококкозом печени при использовании перечисленных мер профилактики лишь у 2 отмечено прогрессирование печеночной недостаточности (повысился уровень билирубина, трансаминаз, снизилось содержание общего белка и альбумина), усилена была детоксикационная терапия, в результате которой удалось предотвратить печеночную недостаточность. Анализ клинического течения послеоперационного периода показал целесообразность сочетания интрапортального введения медикаментозных средств с региональной лимфостимуляцией. Из 132 больных осложнения имели место у 6 (4,5%) больных, плевриты – у 3, формирование абсцесса в ложе удаленной доли печени, который был излечен пункцией под контролем УЗИ с последующим дренированием и у 2 послеоперационный период осложнился нагноением раны. Отмечена положительная динамика со стороны печеночных тестов: к моменту выписки нормализовался уровень билирубина, снизился уровень трансаминаз, повысилось содержание общего белка.

Заключение. Примененные меры профилактики пострезекционной печеночной недостаточности и гнойно-воспалительных осложнений позволили предотвратить прогрессирование печеночной недостаточности и добиться благоприятных исходов операции, что является основанием для рекомендации использования их на практике при операции на печени.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАЗА ПРИ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Расулов Н.А., Курбонов К.М., Мухиддинов Н.Д., Назирбоев К.Р.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения рубцовой стриктуры желчных протоков (РСЖП).

Материалы и методы. В клинике за последние 20 лет на лечение по поводу РСЖП находилось 280 больных. Мужчин было – 70 (25,0%), женщин – 210 (75,0%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 28 до 75 лет. Причиной РСЖП являлась травма во время операции на желчных протоках печени и желудке в 160 (57,1%) наблюдениях, оперативные вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки – в 99 (35,4%), врожденные аномалии желчных протоков и соседних органов – в 21 (7,5%).

Для диагностики РСЖП, осложнившихся холестазом, больным проводили клинико-лабораторно-биохимическое исследование крови, а также фистулохолангиографию, лучевые и инструментальные методы исследования.

Результаты. Основными клиническими проявлениями РСЖП в 71% наблюдений являлся синдром холестаза, наличие рецидивирующего холангита имело место в 18% наблюдениях, в 7% заболевание сопровождалось наличием желчного свища, а в 4% биллиарным циррозом печени и печеночной недостаточностью.

Ведущими методами диагностики РСЖП осложнившей холестазом являлось УЗИ, ЭРПХГ, ЧЧХ и МРПХГ которые позволили в 89-93% наблюдений установить причину холестаза.

Для лечения РСЖП, осложнившейся холестазом, в 69% наблюдений выполняли двухэтапные вмещательства. На первом этапе проводили антеградные и ретроградные декомпрессивные эхоконтролируемые и эндоскопические вмешательства. На втором этапе после разрешении желтухи, холангита и печеночной недостаточности выполняли реконструктивные, восстановительные и резекционные методы лечения РСЖП. Послеоперационные осложнения наблюдали в 18 (6,4%) случаях. Летальных исходов юыло 6 (2,1%).

Заключение. При РСЖП, осложненной холестазом, целесообразно выполнение двухэтапных вмешательств.

ТРАНСЭНТЕРАЛЬНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР

Расулов Н.А., Курбонов К.М.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: разработка способа профилактики и лечения рубцовых стриктур сформированных гепатикоеюноанастомозов путем воздействия на зону анастомозов посредством оптико-волоконного световода введенного через дренажи Ру-петли.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 62 больных, которые были оперированы по поводу ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков, из них ятрогенные повреждения возникли во время выполнении лапароскопической холецистэктомии в 41 (66,1%) случае, после традиционной – в 21 (33,9%). Восстановительные оперативные вмешательства были выполнены всего в 15 (24%) наблюдениях, реконструктивные вмешательства произвели в 47 (76%) случаях.

Для лечения ятрогенных повреждений желчных протоков и профилактики риска развития рубцовых стриктур сформированных билиодигестивных анастомозов в клинике разработана методика формирования гепатикоеюноанастомоза с подведеннием дренажной трубки через короткий отрезок Ру-петли к зоне анастомоза для проведения послеоперационного регионарного лазерного облучения. Для оценки эффек-

тивности данной методики изучали показатели уровня эндотоксемии, цитолитических ферментов (АлАт, АсАт), СРБ и уровня ИЛ-6 до и после лазеротерапии. Кроме этого, проводили динамическое УЗИ, МРХПГ по показаниям.

Результаты. При оценке показателей эндотоксемии до и после проведения регионарной трансэнтеральной лазеротерапии отмечено снижение АсАт (0,49±0,02 ммоль/г/л) и АлАт (0,35±0,01 ммоль/г/л), а также СРБ (111,7±0,2 мг/л) и IL-6 (4,75±0,09 пг/ml).

Заключение. Лазеротерапия является высокоэффективным противовоспалительным и ранозаживляющим методов лечения, что диктует необходимость о целесообразности применения метода в практической билиарной хирургии, для профилактики развитии рубцовых стриктур сформированных билиодигестивных анастомозов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Самарцев В.А., Минеев Д.А.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
ГАУЗ ПК Городская клиническая больниц №4 г. Перми, Россия

Введение. Диагностика и лечение острого панкреатита (ОП) является одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии, что подтверждается неуклонным ростом заболеваемости и высокими показателями летальности при его тяжелых формах. Важными факторами, определяющими это обстоятельство, служат поздняя или ошибочная диагностика, недооценка тяжести состояния больных и соответственно неадекватный выбор необходимых консервативных и хирургических мероприятий. Развитие сердечно-сосудистой недостаточности значительно ухудшает прогноз течения данного заболевания. Наиболее чувствительным неинвазивным методом выявления ранних проявлений токсичности и нарушений сердечной функции является трансторакальная эхокардиография с оценкой различных параметров показателей работы сердца.

Цель исследования: оценить состояние левого желудочка методом эхокардиографии у больных с различными формами острого панкреатита.

Материалы и методы. Были обследованы 150 человек, которых разделили на две группы: основная группа – 120 (80,0%) человек с различными формами острого панкреатита и 30 (20,0%) практически здоровых лиц, составивших контрольную группу. Наряду с общепринятыми методиками ЭХО-КГ, использовали допплеровское тканевое исследование для оценки скорости сегментарного движения миокарда и выявления желудочной дисинхронии.

Результаты. При анализе систолической функции ЛЖ у практически здоровых лиц (ФВ-65,1±3,4%) и отечной формой ОП (ФВ-64,2±4,1%) достоверных отличий не отметили. Однако диастолическая дисфункция левого желудочка (ДД ЛЖ) по 1 типу была выявлена у 6 (9,8%) пациентов. Значения Tei – индекса у пациентов с отечной формой ОП (0,32±0,03) не имел достоверных различий по сравнению с группой практически здоровых лиц (0,34±0,04). Нарушения систолической функции у пациентов с ОП средней тяжести так же не определялось (62,2±3,8%). ДД ЛЖ по 1 типу встречалась чаще, чем у больных с лёгким течением ОП и была выявлена у 14 (43,8%; $p<0,05$) с острым панкреатитом средней степени тяжести. Tei – индекс у больных ОП средней тяжести составил 0,49±0,05, что свидетельствует о незначительном нарушении глобальной сократимости ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ при поступлении была снижена у 11 (40,7%) пациентов с тяжелым ОП на фоне панкреатогенного шока. Значения Tei – индекса (0,64±0,03) превышали показатели больных с ОП средней степени тяжести, что свидетельствовало о умеренном снижении глобальной сократимости ЛЖ.

У больных ОП средней степени тяжести наибольшая степень достоверного снижения Vmaxs обнаружена в верхушечных сегментах исследуемых стенок, на 39% в боковой стенке и на 22% в задне-перегородочной стенке ЛЖ от значений больных отечной формой ОП. У больных панкреонекрозом снижение Vmaxs

в верхушечных сегментах боковой стенки составило 54% по сравнению с больными отечной формой ОП и 45% задне-перегородочной стенке ЛЖ, что свидетельствует о более выраженных проявлениях кардиотоксичности в зависимости от уровня эндогенной интоксикации на сегментарном миокардиальном уровне. Достоверное снижение диастолической сегментарной скорости (е) у больных ОП средней степени тяжести выявлено в верхушечных (29%) и базальных (24%) сегментах боковой стенках ЛЖ и задне-перегородочной стенках ЛЖ 20% и 19% соответственно ($p<0,05$). У больных с панкреонекрозом так же отмечено более выраженное снижение диастолической сегментарной скорости (е) в верхушечных (33%) и базальных (48%) сегментах боковой стенках ЛЖ и задне-перегородочной стенках ЛЖ 40% и 38%, соответственно ($p<0,05$).

Выводы. Ультразвуковое исследование функционального состояния левого желудочка сердца с использованием импульсно-волнового тканевого допплеровского режима позволило установить, что тяжелые формы острого панкреатита приводят к нарушению внутрижелудочковой проводимости ведущей к разобщенности сокращений сегментов миокарда вследствие нарушений проведения импульса, которая приводит к снижению насосной функции сердца, увеличению потребления энергии миокардом и развитию кардиотоксичности на фоне эндогенной интоксикации.

ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ КАК НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ: ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОЗИЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Наумова О.В., Петренко Г.Д., Евтушенко А.В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования: определение оптимальных сроков хирургического лечения обтурационной желтухи при холедохолитиазе на основе изучения морфологических изменений печени в зависимости ее длительности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 184 больных с холедохолитиазом и обтурационной желтухой. 128(69.5%) составили больные пожилого и старческого возраста.Морфологические изменения печени изучены на основе интраоперационных биопсий.

Результаты. При длительности холестаза до 7 дней в ткани печени превалируют признаки внутриклеточного и внутриканальцевого холестаза, преймущественно центрального отдела долек, сопровождающнгося в большинстве наблюдений признаками острого очагового, реже диффузного гнойного холангита и холангиолита с очаговой десквамацией и пролиферацией билиарного эпителия, формированием мелкоочаговых, реже зональных некрозов гепатоцитов, воспалительной инфильтрацией портальных трактов с распространением ее на междольковую строму и паренхиму. Наряду с воспалительно-деструктивными процессами, в печени имеются признаки репаративного процесса.

При длительности холестаза от 7 до 14 дней в структурных компонентах печени обнаружены изменения альтеративного, воспалительного и репаративно-склеротического характера.

Нарастают явления внутриклеточного и внутрикапиллярного холестаза, обнаруживаемые во всех отделах дольки, что сопровождается формированием желчных тромбов в дилатированных желчных канальцах.

Сохраняются признаки холангита и холангиолита, однако в составе воспалительной инфильтрации начинают преобладать лимфоциты и гистиоциты и снижается содержание полиморфно-ядерных лейкоцитов.

Обнаруживаются многочисленные преимущественно мелкоочаговые некрозы гепатоцитов с инфильтрацией коллабированной стромы нейтрофилами, лимфоцитами и гистиоцитами, вблизи встречаются фокусы регенерирующих печеночных клеток. Большинство сохранившихся и вновь образованных гепатоцитов с признаками белковой или жировой дистрофии.

Портальные зоны с нарастанием перидуктального фиброза, лимфогистиоцитарной инфильтрацией, обилием фибробластов, формированием в ряде наблюдений тонких соединительнотканных септ, вкли-

нивающихся в междольковую строму и паренхиму. По всему пространству портальных зон наблюдается пролиферация желчных протоков и образование ложных желчных ходов.

При анализе морфометрических данных выявляется достоверное нарастание относительного объема соединительной ткани и стромально-паренхиматозного индекса за счет уменьшения относительно объема гепатоцитов. При длительности холестаза от 15 до 30 дней в печени обнаруживаются признаки распространенного внутриклеточного и внутриканальцевого холестаза с образованием желчных тромбов, однако наиболее выраженные изменения фиксируются в центральных отделах дольки, а также встречается излитие желчи с формированием желчных озер, что обусловливает возникновение крупноочаговых некрозов паренхимы в пределах 1-2 долек. Фокусы некроза разной степени давности: наряду со свежими очагами деструкции с преимущественно лейкоцитарной инфильтрацией тканевого детрита в исследуемой группе встречаются зоны с макрофагальной воспалительной реакцией, рассасыванием некротизированных тканей, обнажением и коллапсом стромы, признаками ее фиброзации.Нарастают явления фиброза портальных зон – избыточное развитие соединительной ткани отмечается не только перидуктально, но и в части наблюдений периваскулярно. В ряде наблюдений сформированы соединительнотканные септы, соединяющие соседние портальные зоны, а также вклинивающиеся в печеночные дольки. Портальные зоны и септы с гистиолимфоцитарной инфильтрацией, содержат многочисленные фибробласты. Анализ данных морфометрического исследования показал достоверное увеличение относительного объема соединительной ткани и стромально-паренхиматозного индекса за счет достоверного снижения относительно объема гепатоцитов.

Выводы. Возникновение обтурационной желтухи при холедохолитиазе сопровождается морфологическими изменениями в печени, выраженность которых увеличивается по мере увеличения длительности обтурационной желтухи. Обтурационная желтуха при холедохолитиазн-патологическое состояние, требующее восстановление желчетока в сроки до 7 дней после ее развития.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Старцев А.Б., Краснов К.А., Пельц В.А., Заруцкая Н.В., Аминов И.Х., Краснов А.О., Сохарев А.С., Давыдова И.Ю.

ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Случайное повреждение желчных протоков является одним из самых серьёзных осложнений желчной хирургии.

В период с 2010 по 2016 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре (КОГЦ) проведено лечение 26 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков. Женщин было 22 (84,6%), мужчин – 4 (15,4%). Возраст больных варьировал в пределах от 28 до 83 лет, из них в возрасте до 60 лет – 18 (69,2%). Средний возраст составил 53,8±12,8. Большинство больных (22 (84,6%) госпитализированы в отделение со стриктурами в сроки от 2 месяцев до 3 лет. 4 больных оперированы в ближайшие часы после повреждения ЖВП, когда травма распознана интраоперационно.

Ятрогенных повреждений гепатикохоледоха в КОГЦ за данный период составил 2 случая. Учитывая общее число холецистэктомий 4758 (ЛХЭ – 4321), частота травмы желчного протока составила 0,04%. Обе ятрогении были распознаны не сразу. В одном случае через 4 дня после операции отмечено желчеистечение по дренажу из подпеченочного пространства, во втором развилась желтуха через полгода после операции. Обоим пациентам выполнен гепатикоеюноанастомоз через 4 и 7 месяцев, соответственно. Оба выписаны в удовлетворительном состоянии, признаков стеноза ГЕА за время наблюдения не выявлено.

Анализируя анамнез и данные выписок, мы выяснили, что причиной первоначального вмешательства в 96,3% стала ЖКБ. Лишь в 1 (3,7%) случае операцию проводили по поводу колото-резаной раны гепатодуоденальной связки. Интраоперационно выявлено повреждение ЖВП у 10 (38,5%) больных, из них только в 4 (30,7%) случаях был приглашен хирург-гепатолог. Ятрогения выявлена в раннем послеоперационном

периоде у 3 больных. Во всех случаях, когда на выявленные повреждения ЖВП не приглашался хирург-гепатолог, врачи на месте пытались справиться собственными силами, не прибегая к помощи специалистов. Вследствие этого, число операций, выполненное больным до госпитализации в КОГЦ – 46.

Хирургом КОГЦ при «свежей травме» в одном случае выполнен шов холедоха, в двух случаях выполнено ушивание дефекта на Т-образном дренаже по Кэру, в одном – наружное дренирование холедоха по Вишневскому. В последующем только 2 больным потребовалась повторная операция – ГЕА на петле тонкой кишки по Ру.

При ятрогенных стриктурах всем больным перед вмешательством выполнено исследование ЖВП (РХПГ, МРХПГ). Основным проявлением у этих больных была механическая желтуха. У трети больных был холангит. Поэтому первым этапом всем больным выполнялось вмешательство, направленное на разрешение синдрома желтухи. Вторым этапом выполнен билиодигестивный анастомоз, в 4 случаях гепатикоеюноанастомоз сформирован на транспеченочных дренажах. Послеоперационный период в 5 (19,2%) случаях осложнился частичной несостоятельностью анастомоза, которое прекратилось на фоне консервативных мероприятий. Летальных исходов не было. За проанализированный период ни одного случая рестеноза билиодигестивного анастомоза у пациентов, прооперированных в КОГЦ, не выявлено.

Выводы. 1. При повреждении желчевыводящих путей в операционную необходимо вызвать хирурга-гепатолога.

2. При подозрении на ятрогенную травму и/или рубцовую стриктуру обязательно лечение больного в специализированном центре хирургии.

3. Основным методом лечения ятрогенных стриктуры внепеченочных желчных протоков является гепатикоеюностомия по Ру с полным иссечением рубцовых тканей.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Стяжкина С.Н., Виноходова Е.М., Коробейникова Г.П., Коробейников В.И., Акимов А.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Актуальность. Острый панкреатит у беременных и женщин в раннем послеродовом периоде протекает тяжелее, чем у любой другой категории больных. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью, метаболическим синдромом и чаще развивается в III триместре беременности. В большинстве случаев наблюдается обострение хронического рецидивирующего панкреатита во второй половине беременности, и более часто – после родов. Формы процесса различны: от легкого отека поджелудочной железы до ее некроза. Причинами, способствующими возникновению острого панкреатита и панкреонекроза во время беременности и в послеродовом периоде, являются нарушение равновесия вегетативной нервной системы, гиперлипидемия (метаболический синдром) а также наличие желчнокаменной болезни или холецистита. Помимо этого, возникновение заболевания обусловлено еще и гормональной перестройкой организма в данном периоде, протекающей с явлениями токсикоза, и нарушением кровоснабжения в поджелудочной железе. В период беременности может развиться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую очередь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток. Острый панкреатит может иметь аутоиммунный характер.

Женщинам с перенесенным панкреонекрозом, особенно после тяжелых форм заболевания, не рекомендуется вынашивание беременности, поскольку это может привести к развитию большого числа осложнений. При беременности изменяется гормональный фон, происходят механические нарушения. Помимо повышенной опасности для матери, перенесенные острые заболевания органов брюшной полости неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая преждевременное ее прерывание, выкидыши и преждевременные роды. Возможна перинатальная смертность, преждевременная отслойка нормально

расположенной плаценты, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Также возможно обострение хронического панкреатита, вплоть до развития тяжелых форм панкреонекроза.

Клинический пример. В БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» находилась на лечении пациентка 28 лет с диагнозом: беременность 35 недель; хронический билиарный панкреатит, обострение. Панкреатогенный сахарный диабет. Диабетическая полинейропатия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Роды II преждевременные (36 недель).

В анамнезе тяжелая форма панкреонекроза с многочисленными санациями брюшной полости 5 лет назад, аллогерниопластика сетчатым трансплантатом по поводу послеоперационной вентральной грыжи 4 года назад. Роды II, беременность IV (I – самопроизвольный выкидыш на 5 неделе, II – срочные роды, III – медицинский аборт). Настоящая беременность желанная.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на тянущие ноющие периодические боли в области живота. Обследована, выявлено – плод в поперечном предлежании, на передней стенке матки участок отслойки плаценты размером 78Ч7 мм, анемия I степени. Выполнено корпоральное кесарево сечение под спинальной анестезией продольным разрезом. Родился живой ребенок 6-8 баллов по шкале Апгар. Таким образом, несмотря на перенесенный ранее тяжелый гнойный панкреонекроз, при постоянном наблюдении врачами за беременностью удалось добиться вынашивания и рождения ребенка без видимой патологии.

Заключение. Тяжелые формы панкреонекроза в анамнезе являются плохим прогностическим фактором для вынашивания и рождения ребенка и относительным противопоказанием к беременности и родам

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ОБСТРУКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Султанова Р.С., Магомедов М.М.

ГБУ «Городская клиническая больница №1» МЗ РД, Махачкала, Россия

Введение. В лечении пациентов с механической желтухой актуальна точная диагностика природы заболевания на дооперационном этапе, что определяет необходимость выбора методов наиболее информативных и достаточных для выбора хирургической тактики.

Цель исследования: оценить возможности методов лучевой диагностики в уточнении этиологии механической желтухи, уровня обструкции билиарного тракта (БТ) и определении хирургической тактики при данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 996 пациентов с механической желтухой. УЗИ выполнено всем пациентам, МРТ – 783, МсКТ – 215 больным.

Результаты. По данным УЗИ проксимальная обструкция БТ была диагностирована у 136 (13,7%) больных, центральная обструкция – у 272 (27,3%), дистальная обструкция БТ – у 588 (59,1%). Сопутствующий холецистолитиаз имелся в 216 (21,7%) наблюдениях. При анализе МР-томограмм проксимальная обструкция БТ была выявлена у 127 (12,8%) пациентов, из них доброкачественная стриктура желчных протоков – у 23 (18,1%) пациентов, опухолевая обструкция БТ – у 104 (81,9%). Согласно классификации Bismuth-Corlette, 1 тип опухоли выявлен у 14 (13,4%) пациентов, тип 2 – у 17 (16,3%) больных, тип 3 – у 26 (34,6%) больных и тип 4 – у 37 (35,7%). Проксимальная рубцовая обструкция БТ, вариант «+1» по Э.Г. Гальперину, имелась у 9 (13,1%) пациентов, «0» – у 11 (47,8%), «-1» – у 3 (13,1%).

МСКТ в данной группе пациентов проведен в 32 (25,0%) случаях. При этом инвазия сосудов ворот печени отмечена в 11 (34,3%) наблюдениях. Из 104 пациентов проксимальной опухолевой обструкцией БТ радикально оперированы 22 (21,2%), в остальных 82 (78,8%) наблюдениях проведена ЧЧХС. Во всех случаях доброкачественной обструкции БТ проведены реконструктивно-восстановительные операции, направленные на внутреннее отведение желчи.

Чувствительность УЗИ в определении проксимальной обструкции БТ составила 94,9%, МРТ – 98,7%. Данные по инвазии сосудов, полученные при МСКТ, совпали с интраоперационными данными в 86,0% наблюдениях. Центральная обструкция БТ по данным лучевых методов диагностики отмечена в 272 наблюдениях. Доброкачественная стриктура БТ имелась у 18 (6,%) пациентов. Показания к радикальной операции были определены в 16,2% наблюдениях. Чрескожное чреспеченочное наружное дренирования БТ проведено в 103 (44,7%) случаях, наружно-внутреннее – в 92 (40,3%). А 15% пациентов выписаны на симптоматическое лечение.

Дистальная обструкция БТ была определена в 588 (59,1%) наблюдениях, из них стриктура доброкачественного генеза имелась в 92 (15,6%) случаях, периампулярные опухоли имелись в 496 (84,4%) наблюдениях. Резектабельность периампулярной опухоли была определена в 137 (27,4%) случаях. При доброкачественной обструкции БТ выполнены билиодигистивные анастомозы, в 136 наблюдениях опухолевой обструкции БТ – ПДР, в 319 – паллиативные оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи, в 9 – ЧЧХС, в 28 наблюдениях – холецистостомия. Чувствительность лучевых методов диагностики в определении уровня и характера окклюзии, степени распространенности опухолевого процесса в группе с дистальной обструкцией БТ составила 97,6%.

Заключение. Наиболее информативными методами диагностики уровня окклюзии БТ являются лучевые, из них наиболее чувствительным и точным является МРТ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОАНЕВРИЗМ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПАНКРЕАТОЦИСТОГАСТРАЛЬНОЙ ФИСТУЛОЙ, АРРОЗИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Тарасик Л.В., Завада Н.В., Соколовский П.А., Козик Ю.П., Неверов П.С., Конкин Д.К.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Городской центр гастродуоденальных кровотечений, Минск, Беларусь
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Введение. Сложное чередование деструктивно – дегенеративных, пролиферативных процессов в ткани поджелудочной железы (ПЖ), воздействие агрессивных панкреатических ферментов приводит к формированию псевдокист ПЖ, вовлечению в патологический процесс сопредельных органов и их разрушению с образованием патологических соустий, аррозией сосудов и кровотечением в просвет пищеварительного тракта.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным формированием цисто-гастральных соустий и аррозивным кровотечением. Внедрение одномоментных радикальных технологий хирургической коррекции этой сложной патологии.

Материалы и методы. В Центре по лечению пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями в период с 2005 по май 2017 гг. оперировано 29 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями из панкреатоцистогастральной фистулы. Пациенты были в возрасте от 32 до 92 лет, мужчин – 25 (86,2%), женщин – 4 (13,8%).

Все пациенты были госпитализированы с клиникой желудочно-кишечного кровотечения; в состоянии геморрагического шока поступили 9 пациентов.

У большинства пациентов выявлено кистозно-дегенеративное поражение тела и хвоста ПЖ (15; 51,8%), сравнительно реже встречалось изолированное поражение хвоста (10; 34,5%), тела (2; 6,9%) и головки (1; 3,4%) железы. Тотальное поражение ПЖ отмечено в 1 (3,4%) случае.

В соответствии с разработанной классификацией в подавляющем большинстве случаев – 28 (96,5%) – панкреатогенное кровотечение носило опосредованный характер через формирование псевдоаневризм *a. lienalis* в полость постнекротических кист, связанных через зону деструкции с ЖКТ цистогастральной фистулой, в 1 (3,4%) случае – непосредственно из аррозии a. gastroduodenalis при массивном некрозе желудочной стенки. Таким образом, панкреатогенные геморрагии вследствие дистального поражения ПЖ отмечены

у 25 (86,2%) пациентов, что потребовало выполнения различных вариантов дистальных резекций ПЖ и спленэктомии. При поражении тела ПЖ (2) В одном случае при наличии ранее наложенного панкреатоцистоэнтероанастомоза произведена центральная резекция перешейка и части тела ПЖ с формированием панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле. Обширный воспалительно-деструктивный процесс в головке ПЖ, сальниковой сумке, клетчатке заднего средостения с некрозом желудка, абдоминального отдела пищевода потребовал выполнения резекции головки ПЖ, субтотальной дистальной резекции желудка с формированием гастроэнтеро- и панкреатоэнтероанастомозов на 2-х выключенных по Ру петлях тонкой кишки, эндоскопического стентирования зоны деструкции в нижней трети пищевода. Во втором случае выполнена центральная резекция поджелудочной железы с кистой, дистальный панкреато-панкреатикоэнтероанастомоз по типу «конец в конец» на выключенной по Ру петле, гастропластика. Пациенту с тотальным поражением ПЖ и развитием множественных осложнений произведена дистальная резекция хвоста и тела с кистой и ложной аневризмой селезеночной артерии, интрапаренхиматозная резекция головки железы, панкреатоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки, спленэктомия.

Резекционный этап хирургических вмешательств дополнен иссечением цисто-гастрального свища с органо-сохраняющей коррекцией (гастропластикой) у 23 пациентов; обширный деструктивный процесс с некрозом задней стенки желудка потребовал выполнения дистальной резекции желудка в одном случае, проксимальной – в одном, гастрэктомии – в трех.

Результаты. Релапаротомий, рецидивов кровотечения, летальных исходов не было.

Выводы. Активная дифференцированная радикальная хирургическая тактика оправдана в лечении панкреатогенных кровотечений в просвет пищеварительного тракта из панкреатоцистогастральных фистул.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тимергалин И.В., Павловский А.В., Попов С.А., Моисеенко В.Е., Стаценко А.А.

ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В современной клинической практике эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) зарекомендовала себя как один из высокоинформативных методов диагностики и стадирования заболеваний поджелудочной железы. Важным и актуальным направлением ЭУС диагностики является более широкое внедрение и усовершенствование методики получения морфологического материала для верификации диагноза.

Цель исследования: оценка возможностей ЭУС и тонкоигольной биопсии в дифференциальной диагностике заболеваний поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент, проходивший обследование и лечение в ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ с подозрением на новообразование поджелудочной железы в период с 2013 по 2017 гг.

Результаты. Новообразования головки поджелудочной железы были выявлены по данным ЭУС у 57 (80,3%) из 71 обследованных пациентов, образования тела – у 4 (5,6%) пациентов, хвоста железы – у 1 (1,4%) пациентки. При злокачественных новообразованиях поджелудочной железы в головке органа отмечались гипоэхогенные гомогенные очаги с нечеткими, неровными контурами размерами от 1,0 см до 5,0 см. При небольших образованиях (до 1,5 см) структура их была гиперэхогенной, с сохраненным четким ровным контуром. У 10 (14%) пациентов с подозрением на аденокарциному головки поджелудочной железы при ЭУС были выявлены признаки хронического псевдотуморозного головчатого панкреатита.

С 2016 г. в нашем центре выполняется тонкоигольная биопсия новообразований под контролем ЭУС с последующим цитологическим исследованием полученного материала. За этот период выполнено 22 процедуры, у 16 (73%) пациентов удалось получить морфологическое подтверждение диагноза. У 14 (87,5%)

пациентов по результатам морфологического исследования выявлена аденокарцинома головки поджелудочной железы, у одного пациента выявлен метастаз почечно-клеточного рака. Муцинозная цистаденома по данным ЭУС была диагностирована у одной пациентки и подтверждена данными токоигольной аспирационной биопсии (ЭУС-ТИП).

Инвазия опухоли в воротную вену была отмечена у 26 (37%) пациентов, в верхнюю брыжеечную вену – у 7 (10%) больных, в селезеночную вену – у 21 (29%). Признаками инвазии опухоли в венозные сосуды являлись: неровный контур или узурация стенки вены, венозный тромбоз или наличие опухолевой массы в просвете вены. Увеличение регионарных лимфоузлов было отмечено у 40 (56%) пациентов. Дифференциальную диагностику с кистозными поражениями железы проводили на основании оценки стенки кисты, наличия в кисте перегородок, вовлечения в процесс главного панкреатического протока.

Выводы. Использование в диагностике заболеваний поджелудочной железы ЭУС с биопсией позволяет достаточно точно определить стадию распространения опухолевого поражения, вовлечение в патологический процесс сосудов и лимфатических узлов, что позволят выбирать оптимальную тактику лечения данной категории пациентов. ЭУС с биопсией является эффективным методом для проведения дифференциальной диагностики объемных образований поджелудочной железы.

ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ БИЛИОБИЛИАРНЫХ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КОЛЬЦА КАРКАСА

Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Проведен анализ результатов лечения 102 больных с патологией внепеченочных желчных протоков – с синдромом МЖ. При этом больные были разделены на 2 группы: контрольную составили 60 (58,8%) больных, которым билиодигестивные анастомозы (БДА) и билиобилиарные анастомозы (ББА) были наложены традиционным способом; у 42 (41,2%) больных основной группы формирование данных анастомозов осуществляли с применением каркасного металлического кольца.

Среди установленных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) и внепеченочных желчных путей (ВЖП) наиболее частыми являлись ятрогенные повреждения (71,5%) и кистозное изменение холедоха (25,4%). Реже наблюдали синдром Мириззи с ХБС (0,9%), и опухолевые поражения (1,9%). На первом этапе проводили наружное отведение желчи и декомпрессию билиарных протоков. В дальнейшем больные в срочном и отсроченном порядке подвергались оперативным вмешательствам восстановительного и реконструктивного характера. В контрольной группе восстановительные операции выполнены 12 больным, в том числе, восстановление холедоха на Т-образном дренаже 9 (8,8%), восстановление холедоха на дренаже Вишневского – 3 (2,9%) больным. В основной группе восстановительные операции выполнены 2 (1,9%) больным в виде наложения ББА конец-в-конец.

Реконструктивные операции в контрольной группе выполнено 48 больным, в том числе ХДА, ГДА – 12 (11,7%) больным, ХЭА, ГЭА на выключенной петле по Ру тощей кишки – 11 (10,7%), ХЭА, ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну – 8 (7,8%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на СТД по Сейпол-Куриану – 6 (5,9%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на СТД по Фелькеру – 7 (6,8%), гепатикоэнтероанастомоз на ТД по Прадеру-Смиту – 3 (2,9%), ХЭА, кистоэнтероанастомоз с ЭЭА по Брауну – 1 (0,9%) больному. Реконструктивные операции в основной группе выполнено 40 больным, в том числе, ХЭА, ГЭА на выключенной петле по Ру тощей кишки – 6 (5,9%), ХЭА, ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну – 5 (4,9%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на металлическом каркасе – 4(3,9%), ХЭА, кистоэнтероанастомоз с ЭЭА по Брауну – 8 (7,8%), резекция кисты холедоха, наложение гепатикоэнтероанастомоза с использованием металлического кольца – 15 (14,7%), погружной фистулоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну на металличеком каркасе – 2 (1,9%).

Анализ данных убедительно свидетельствует о том, что благодаря применению наружного каркаса при формировании БДА и ББА у больных основной группы случаев их сужения в отдаленном послеоперационном периоде не было.

В противовес этому, у 7 (6,8%) больных контрольной группы в эти сроки отмечалось сужение БДА или ББА с формированием наружного желчного свища. В последующем они были подвергнуты повторным реконструктивным операциям.

Заключение. Проведенные исследования доказывают, что наложение БДА и ББА с применением наружного каркаса достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений в виде их несостоятельности, а в отдаленном периоде предотвратить рубцовое сужение анастомозов.

ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (ОПЕРАЦИЯ TIPS/ТИПС) В ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОГО АСЦИТА И ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Хоронько Ю.В., Козыревский М.А.

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Развитие гепаторенального синдрома (ГРС) у пациентов с циррозом печени (ЦП) является жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии (ПГ). Манифестация ГРС происходит, как правило, на фоне длительно существующего асцита, рефрактерного (РА) к медикаментозным мероприятиям, или гиповолемии, развившейся в результате варикозного пищеводно-желудочного кровотечения (ВПЖК). При ГРС летальность высока, а прогноз пессимистичен. Операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) является эффективной миниинвазивной процедурой устранения ПГ – одного из ведущих патогенетических факторов РА и ГРС.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с РА и ГРС включением операции TIPS/ТИПС в программу лечебных мероприятий.

Материалы и методы. В исследование вошли 102 пациента с портальной гтпертензией, находившихся на лечении в хирургической клинике РостГМУ в период 2007-2017 гг. В группу исследования вошли 52 (51,0%) пациента, которым выполнена операции TIPS/ТИПС, показанием к выполнению шунтирующего пособия стал РА, при этом у 21 из них диагностирован ГРС 2 типа. По выраженности печеночной недостаточности (ПечН), классифицированной по Чайлд-Пью, преобладали больные с классом С (33 (63,5%) человека). Риск предстоящего шунтирующего пособия рассчитывали по шкале MELD (Model for End Stage Liver Disease). Операции TIPS/ТИПС предшествовала коррекция электролитных нарушений, терапия гипоальбуминемии (из расчета 1г/кг/сут.), адаптирующая медикаментозная портальная декомпрессия (неселективные бета-адреноблокаторы, селективные вазоконстрикторы). Контрольную группу составили 50 (49,0%) пациентов, для лечения которых была использована стандартная схема лечения РА с применением бессолевой диеты, диуретиков, сеансов лапароцентеза при напряженном асците в 60% наблюдений. В контрольной группе ГРС 2 типа диагностирован у 12 пациентов. Исследованию подвергли: динамику клинических и лабораторных показателей общего и биохимического анализов крови в сроки 1-3-6-12 месяцев, 6-недельная, 6- и 12-мес. летальность, 12-24-36-мес. выживаемость (по Kaplan-Meier).

Результаты. Миниинвазивная операция TIPS/ТИПС обеспечила эффективную портальную декомпрессию и позволила исключить ведущее патогенетическое звено заболевания – ПГ. В течение 6 недель после вмешательства у большинства пациентов (44, 83,0%) отмечена полная или частичная редукция асцита. Снижение уровня креатинина крови, увеличение клиренса креатинина, нормализация электролитных показателей в этом интервале времени произошла у 15 (71,4%) больных. Умерли 3 пациента вследствие усугубления ГРС – 6-нед летальность составила 5,8%. До операции средний балл по Чайлд-Пью составил у них 11,7, что соответствует классу С ПечН, а также установлена высокая степень риска предстоящего шунтирующего вмешательства по шкале MELD. 12-мес. летальность у больных с классом В – 15,8% (умерли 3 пациента), с классом С – 27,3% (9 человек). В контрольной клинической группе отмечено прогрессирование

ПечН, несмотря на комплексную терапию и регулярное стационарное лечение, а 12-мес. летальность составила 54,0% (умерли 27 пациентов).

Выводы. 1. Установление показаний к выполнению операции TIPS/ТИПС у пациентов с РА и ГРС при декомпенсированной ПечН (класс С по Чайлд-Пью) требует тщательности. Такие больные нуждаются в проведении интенсивной терапии на этапе подготовки к вмешательству.

2. Применение миниинвазивной шунтирующей операции TIPS/ТИПС в сочетании с оптимизированными периоперационными мероприятиями позволяет улучшить результаты лечения пациентов с РА и ГРС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА

Подольский Е.Н., Шутов В.Ю., Шкурин Д.А., Кухта А.К., Минаев И.И., Марикян А.А.

ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

Актуальность. Исходом вирусного гепатита, в подавляющем числе случаев является цирроз печени. Наиболее частой причиной смерти пациентов с цирроз печени является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП).

Цель исследования: оценить эффективность метода эндоскопического лигирования ВРВП.

Материалы и методы. В отделении портальной гипертензии ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России» г. Омска в период с 2014 по 2016 гг. находились на лечении 129 пациентов с циррозом печени и варикозным расширением вен пищевода. Диагноз варикозного расширения вен пищевода был установлен на основании эндоскопического исследования пищевода и желудка. Критериями отбора пациентов стали: варикоз вен пищевода не ниже 2 степени и частые пищеводные кровотечения. За это время операция эндоскопического лигирования (ЭЛ) была произведена 64 (49,6%) пациентам. Применяли устройство для лигирования “Olympus”. Большая часть операций выполнена под внутривенным наркозом, что, как мы считаем, является наиболее щадящим методом обезболивания у таких пациентов. Эффективность метода была оценена по результатам контрольных эндоскопических тестов, отсутствию рецидива или необходимости повторного лигирования.

Результаты. За изучаемый период было выполнено 64 операции при ВРВП. Наиболее часто применяемой методикой явилось ЭЛ ВРВП. Таких операций было выполнено 61 (95,3%). Пребывание больного в стационаре составило от 8 до 25 дней (медиана 14 дней). При оценке эффективности проводимого лечения, по данным эндоскопического контроля, рецидив ВРВП в течение года отмечен у 14 пациентов, что потребовало повторного ЭЛ. В одном случае мы столкнулись с упорным течением заболевания и вынуждены были три этапа лечения. У пациентов с ВРВП 4 степени, особенно в сочетании с поражением кардиального отдела желудка, выполнялось открытое азигопортальное разобщение с формированием арефлюксной манжеты. Таких пациентов оперировано 3, средний койко-день составил 17,3. Осложнений среди этой группы не отмечено. За истекший период были отмечены три осложнения в виде кровотечений в раннем послеоперационном периоде (1 пациент, лигирование на высоте кровотечения) или острых эрозий на месте отторгнувшихся варикозных узлов. Гемостаз достигался повторным лигированием и/или эндоскопической аргоно-плазменной коагуляцией. После выписки из стационара, пациенты находились на контроле в течение года, рецидива кровотечения у них не было. В 2015 г. зарегистрированы 2 летальных исхода. В обоих случаях ЭЛ выполняли «на высоте кровотечения». В первом случае причиной смерти явилась развившаяся острая печеночно-почечная недостаточность, во втором рецидивное пищеводное кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Проведенный анализ позволяет с уверенностью говорить о необходимости проведения выбранных методов оперативного лечения. Применение их позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с синдромом портальной гипертензии.

Выводы. Применение ЭЛ показано при ВРВП 2-3 степени, и как неотложное вмешательство при развившемся пищеводном кровотечении. При 4 степени ВРВП в сочетании с варикозом вен кардиального отдела желудка следует прибегать к операции азиго-портального разобщения. Метод является экономи-

чески выгодным, так как ведет к сокращению сроков пребывания пациента в стационаре, и уменьшает риск развития кровотечения в последующем.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ДИССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

Подольский Е.Н., Шутов В.Ю., Шкурин Д.А., Кухта А.К., Минаев И.И., Марикян А.А., Рудаков А.В.

ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

Цель исследования: изучить и сравнить результаты различных способов резекций печени, определить приоритетные способы.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2016 гг. было выполнено 508 резекций печени. Пациенты были разделены на три группы: обширные резекции (n=192, A), сегментарные резекции (1-2 сегмента, n=142, B), атипичные резекции печени (n=164, C). Были исключены резекции печени с билиарными реконструкциями (n=42). Для диссекции паренхимы печени применялись методы: “clamp-crush technic” (тип 1), диссекция ультразвуковыми ножницами “Harmonic” (тип 2), диссекция при помощи биполярной коагуляции (тип 3), диссекция при помощи “Habib 4x4” (тип 4), комбинированный способ (биполяр+зажим+«Harmonic», тип 5). Были сформированы группы сравнения: для обширных резекций A1 (n=42), A3 (n=39), A4 (n=22), A5 (n=41); для сегментарных резекций B1 (n=29), B2 (n=25), B3 (n=35), B5 (n=27); для атипичных резекций C1 (n=36), C3 (n=40), C4 (n=17), C5 (n=39). Изучали следующие показатели: время пересечения паренхимы печени, интраоперационная кровопотеря, специфические осложнения, среднее время пребывания в стационаре.

Результаты. Время пересечения паренхимы печени оказалось следующим (мин.): A1 (67±20,9), A3 (81,5±21,5), A4 (85,5±24,2), A5 (65±21,05). В данных группах различий выявлено не было (p=0,098). По объему интраоперационной кровопотери (мл) в порядке возрастания (p=0,03) группы распределились так: A4 (237,5±52,6), A5 (440±50,8), A3 (565,5±140,7), A1 (783±295,2). Специфические осложнения доминировали в группе A4 (32%). Из них 71% составили желчеистечения. В других группах было достоверно меньшее (p<0,05) количество специфических осложнений. Среднее пребывание пациента в стационаре оказалось наименьшим в группе A5 – 14,27±2,2. Самое длительное пребывание отмечено в группе A4 – 23±4. В группе «B» время диссекции составило: B1 (49±5,9), B2 (45,4±9,2), B3 (26,5±6,7), B5 (29,3±6,6). В последних двух группах показатели оказались достоверно меньшими (p=0,017). Между собой две первые и две последние группы не различались (p=0,314). Кровопотеря была наименьшей в группе B5 (240±76,55), максимальной в группе B1 (450±92.5). Средний койко-день был минимальным в группе B5 (12,6±2,9), самым большим в группе B1 (19,4±3,7). По количеству осложнений группы не различались. В группе «C» время диссекции паренхимы было самым меньшим и составило в группах: C1 (41±9), C3 (27,8±6,6), C4 (22,6±5), C5 (22,7±5,6). Различия не были достоверными между группами C4 и C5 (p=0,97), но отличались от групп C1 и C3 (p=0,004). Минимальная кровопотеря была в группах C4 (103±46,77) и C5 (122±86,3). В двух других группах кровопотеря оказалась значительно выше. (p<0,05). Среднее пребывание и количество специфических осложнений во всех группах не отличалось.

Выводы. При обширных резекциях печени в качестве приоритета может быть рекомендован комбинированный способ. Диссекция “Habib 4x4” не желательна в связи с высоким количеством осложнений. Для сегментарных резекций можно рекомендовать “Harmonic” и комбинированный способ. Атипичные резекции печени “Habib 4x4” занимают значительно меньше времени, сопровождаются минимальной кровопотерей при сопоставимом количестве осложнений и среднем койко-дне.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рахманов К.Э., Давлатов С.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Какая форма существования паразита наиболее агрессивна и приводит к множественным формам поражения органов? При какой морфологической модификации следует более всего опасаться рецидива заболевания? Влияют ли эти морфологические формы на хирургическую тактику? Эти вопросы послужили поводом для нашей исследовательской работы.

Цель исследования: поиск путей оптимизации диагностических и лечебных мероприятий у больных с эхинококкозом печени с учётом морфологических форм паразитарных кист.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении результатов применения различных вариантов оперативных вмешательств при лечении 305 больных с эхинококкозом печени. Все пациенты за последние 10 лет (2006-2016 гг.) прошли лечение во II клинике Самаркандского государственного медицинского института. Проведено морфологическое исследование хитиновых оболочек эхинококковых кист печени, удаленных во время оперативного вмешательства, для изучения их структуры в зависимости от стадии жизнедеятельности паразита. Нами установлено, что echinococcus veterenorum имелся у 150 (49,2%) больных, echinococcus hominis у 109 (35,7%) больных, echinococcus acephalocysticus у 35 (11,5%) больных и ассоциация echinococcus hominis + echinococcus veterinorum было отмечено у 11 (3,6%) пациентов. Для определения морфологических модификаций эхинококкоза нами проведен анализ результатов инструментальных методов исследования (УЗИ КТ) и изучен операционный материал. Каждая из указанных морфологических модификаций эхинококкоза печени характеризуется специфичностью развития, инвазивностью, а также различным прогнозом результатов хирургического лечения и реабилитации. Знание особенностей и дооперационная диагностика морфологических модификаций эхинококкоза печени дает клиницисту информацию, которая оказывает существенное значение при планировании оперативного вмешательства и дальнейшей реабилитации пациентов.

Результаты. При изучении отдаленных результатов спустя 3, 6 месяцев и 1 год после радикального оперативного вмешательства, основное внимание было сосредоточено на тех сведениях, которые позволяют оценить тактику хирургического лечения рецидивного эхинококкоза легких. Неудовлетворительные результаты имели место у 17 из 236 наблюдавшихся больных в отдаленном периоде (77,4%). У 7 больных рецидив эхинококкоза в легких и эхинококкоз печени в отдаленном послеоперационном периоде было обусловлено диссеминацией эхинококкового процесса, у больных, оперированных по поводу осложненного эхинококкоза прорыва в брюшную полость и желчные протоки. У 10 больных рецидив эхинококкоза наблюдали у больных, отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде. Таким образом, в профилактике рецидива эхинококкоза, важен правильный выбор способа операции в зависимости от характера осложнения и вида поражения органов паразитарным процессом.

Выводы. 1. Результаты хирургического лечения эхинококковых кист печени во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета морфологической формы эхинококковой кисты и соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности.

2. В отдаленном периоде рецидив эхинококкоза наблюдали у 2,9% больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза, а также у 4,2% больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ИХ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ

Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Бардюк А.Я., Захарчук А.П., Крамаренко К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, арьколв, Украина

Цель исследования: разработать тактику лечения больных с постнекротическими кистами ПЖ, с учетом степени зрелости капсулы кисты и вида осложнения, развившегося в ней.

Материал и методы. В клинике в период с 2007 по 2017 гг. было 258 пациентов с кистами ПЖ в возрасте от 18 до 82 лет. Из них соотношение мужчин и женщин было 3: 1, продолжительность заболевания составляла от 3-х недель до 2-х лет. С неосложненными кистами было 177 (68,8%) больных. Разного рода осложнения развились у 81 (31,4%) пациента. Наиболее частым осложнением было нагноение кисты, которое возникло у 51 (19,7%) больных. Перфорация кисты в свободную брюшную полость встречалась в 10 (3,9%) случаях, арозивное кровотечение в полость кисты – в 6 (2,3%), малигнизация – 3 (1,7%), портальная гипертензия – 7 (1,9%), механическая желтуха возникла у 4 (0,7%) больных. Диагноз устанавливали на основании анамнеза, объективного осмотра, а также данных УЗИ, цитологического и биохимического анализа содержимого кист и морфологического исследования их капсулы в послеоперационном периоде.

В зависимости от степени зрелости кисты, точнее, сформированности ее капсулы, выделено 3 типа кист (Патент Украины, 2004).

Кисты 1 степени зрелости – на эхограммах были представлены в виде формирований неправильной формы с нечеткими контурами с пониженной эхогенностью. В отдельных случаях в полости кисты обнаружены эхопозитивные включения различных размеров – секвестры. Главный панкреатический проток во всех случаях был не расширен.

Кисты 2 степени зрелости – были представлены в виде эхонегативного образования округлой формы с четкими контурами и капсулой толщиной 1-3 мм, которая наблюдалась на всем протяжении. Расширение главного панкреатического протока также не выявленно.

Кисты 3 степени зрелости представляли собою образования круглой формы с толщиной капсулы 4 мм и более, которая наблюдалась также на всем протяжении. В отдельных случаях в просвете обнаружены включения.

Результаты. У больных с незрелыми кистами, то есть кистами первой степени зрелости, наиболее частым осложнением было нагноение. Клинически это проявлялось в виде гипертермии, лейкоцитоза со смещением лейкоформулы влево, увеличением объема полости кисты, появлением или усилением существующего болевого синдрома. Учитывая наличие незрелой капсулы, а точнее ее отсутствие, 38 больным из 51 была выполнена пункция под контролем УЗИ с эвакуацией гнойной жидкости и установлением по методу Сельдингера трубчатых дренажей, с последующим промыванием полости кисты раствором антисептика. В содержимом кисты при цитологическом исследовании выявлены лейкоциты на все поле зрения, а в биохимическом анализе полученной жидкости уровень панкреатических ферментов был минимальным и составлял 0-30 ед. г/ч*л. В 22 случаях пункционно-дренажный метод являлся окончательным и привел к выздоровлению. В связи с прогрессированием местного гнойно-некротического процесса, 15 больным выполнили открытое оперативное вмешательство, объем которого включал лапаротомию, секвестрэктомию с санацией и дренированием гнойного очага перчаточно-трубчатыми дренажами. В связи с отсутствием «эхо-окна» для проведения пункции под контролем УЗИ и большой вероятностью ятрогенных повреждений магистральных сосудов у 14 больных выполнено открытое оперативное вмешательство. Из них у 8 больных киста локализовалась позади перешейка ПЖ, в зоне прохождения воротной вены и верхнебрыжеечных сосудов, так у 3 больных показанием к лапаротомии стало наличие больших секвестров в полости кисты по данным УЗИ.

Перфорация ложных кист ПЖ проявлялась клиникой общего перитонита в виде боли и вздутие живота, тахикардии, лейкоцитоза и наличии симптомов раздражения брюшины. Из 10 пациентов у 3 больных, доставленных в клинику машиной скорой помощи в ургентном порядке диагноз был установлен только интраоперационно. Объем оперативного вмешательства включал дренирование полости кисты и санацию и дренирование брюшной полости. При биохимическом исследовании содержимого брюшной полости определяли высокое содержание уровня амилазы 180-345 ед. г/ч*л. В послеоперационном периоде больным

проводили терапию с обязательным включением антисекреторных препаратов с целью предупреждения формирования наружного панкреатического свища в послеоперационном периоде.

Осложнения в виде кровотечения в просвет кисты возникли у 6 больных. Клиническая картина соответствовала внутрибрюшному кровотечению без внешних проявлений, которая проявлялась снижением артериального давления и гемоконцентрационных показателей. При УЗИ в этот период выявлено увеличение объема полости кисты, появление в ней включений с повышенной эхогенностью, которых ранее не было. Этих больных оперировали в экстренном порядке. После лапаротомии в 1 случае было проведено лигирование кровоточащего сосуда, в стенке кисты, а у 5 больных диффузно кровоточила стенка кисты, в связи с чем, установлен тампон и дренаж в полость кисты с последующим проведением комплекса гемостатической и гемотрансфузионной терапии. При цитологическом исследовании содержимого полости определялись эритроциты на все поле зрения, а в биохимическом анализе уровень амилазы был высоким и колебался -350- 680 ед. г*ч/л. При морфологическом исследовании тканей капсулы незрелых кист обнаружена двухслойная стенка кисты, которая включала узкий некротический слой, который обращен в полость кисты и слой грануляционной соединительной ткани с выраженной пролиферацией фибробластов и формирующихся коллагеновых волокон, что свидетельствует об активном процессе созревания капсулы. Следует отметить, что в случаях нагноения в полости кисты капсула кисты, была имбибирована лейкоцитами, а при кровотечении – эритроцитами. Это свидетельствует об отсутствии завершенности процесса отграничения полости псевдокисты. В этой группе у 1 больного после операции сформировался наружный панкреатический свищ, который закрылся на 20 сутки послеоперационного периода.

Лечение 7 больных с кистами ПЖ, осложненными портальной гипертензией, осуществляли оперативным путем. Наличие в этих случаях «зрелой» капсулы, то есть признаков кисты второй степени зрелости, стало показанием для формирования цистоеюноанастомоза.

У 4 больных причиной механической желтухи была постнекротическая киста ПЖ, локализующаяся в области головки ПЖ, плотно прилегающая к стенке двенадцатиперстной кишки и частично сдавливающая ее просвет. В этих случаях выполняли эндоскопическую дуоденоцистостомию. Послеоперационных осложнений не было.

В группе больных с кистами третьей степени зрелости таких осложнений, как кровотечение, перфорация, нагноение кисты не возникало, что свидетельствовало, вероятно, о завершении процессов формирования соединительной ткани капсулы кисты и отграничения процесса. Но у пациентов этой группы возникали другие сложности диагностики и, соответственно, лечения. При УЗИ были обнаружены полостные образования округлой формы различных размеров с толщиною капсулы 4 мм и более. Цитологическое исследование не выявило каких-либо включений, кроме клеток мезотелия. Гистологическое исследование капсулы удаленных кист выявило два вида морфогенеза, независимо от эхографической картины. В 3 случаях были обнаружены многокамерные полости, выстланные цилиндрическим эпителием, что свидетельствовало о наличии цистаденомы. У 1 пациента при гистологическом исследовании обнаружена соединительнотканная капсула, которая включает фиброциты и преимущественно коллагеновые волокна, что определяло завершение созревания капсулы. Таким образом, по идентичной УЗ-семиотике кист 3-й степени зрелости скрывается разная морфология. В этой группе из 4 больных у 3 киста удалена методом энуклеации. Морфологически во всех случаях выявлена цистаденома. И у 1 больного проведена резекция хвоста ПЖ с кистой. В этом случае морфологически выявленная плотная фиброзная капсула псевдокисты ПЖ.

Выводы. Постнекротические кисты ПЖ в процессе своего формирования претерпевают 3 этапа развития, связанные с формированием «ложной» капсулы, что подтверждено морфологическими исследованиями.

Осложнения в виде нагноения, кровотечений в полость ложной кисты встречаются в кистах 1 и 2 степени зрелости.

Ложные кисты 3 степени зрелости необходимо дифференцировать с цистоаденомой и другими неопластическими образованиями ПЖ.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПИЩЕВОДА

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Алижанов А.А., Жалилов Э.Т., Курбанбаев Б.Н., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с повреждениями пищевода.

Материалы и методы. Были прооперированы 16 больных с повреждениями пищевода. Мужчин было 12 (75%), женщин – 4 (25%), в возрасте от 9 до 45 лет. С перфорацией пищевода инородным телом поступило 8 больных, с ятрогенными повреждениями 7, из них при диагностической эндоскопии 5, остальные при удалении инородного тела, при бужировании пищевода и 1 больной с проникающей колото-резаной раной шеи. В первые 6 часов поступило – 9 больных, в 7 – 24 часа – 5 и более суток – 2.

Результаты. Клиническая симптоматика повреждений пищевода была полиморфной, и зависела от срока возникновения гнойного воспаление в околопищеводной клетчатке шеи и средостение. Бурному развитию гнойного медиастинита способствовало повреждение клетчатки средостения и медиастинальной плевры. Подкожная эмфизема шеи и эмфизема средостения имелось место у всех, а в двух случаях травма осложнялся с пневмотораксом. Гнойные осложнение развились у 8 больных, при этом процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи у 3 больных, распространялся на средостение – у 5.

При повреждении шейного отдела пищевода у 4 больных было выполнено левосторонняя коллиотомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием околопищеводной клетчатки.

У 6 больных с повреждением верхнегрудного отдела пищевода была выполнена шейная медиастинотомия слева с ушиванием дефекта пищевода и активным дренированием средостения по Каншину.

Чрезплевральный доступ применен у 2 больных с повреждением среднегрудного отдела пищевода, медиастинальной плевры с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Торакотомия выполнена в YI межреберье, справа тщательная санация плевральной полости с широким вскрытием медиастинальной плевры. Дефект среднегрудного отдела пищевода ушит двухрядными швами укреплением линии швов медиастинальной плеврой. Дренирование средостения выполнено двумя силиконовыми дренажными трубками, плевральную полость дренировали отдельно.

Чрезбрюшинный доступ по Савиных применен у 4 больных с разрывами нижнегрудного отдела пищевода. Чтобы предотвратить поступление содержимого желудка и пищевода в средостение, у всех пациентов мы старались ушить дефект пищевода с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, прядью сальника на ножке и активным дренированием зон повреждений.

При построении программы комплексной интенсивной терапии учитывали объем инфузионно-трансфузионных введений с учетом дефицита объем циркулирующий кровы. Вводили низкомолекулярные плазмозаменители, коллоидные растворы, белковые препараты. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры, выделенных из раны. Назначали препараты улучщаюшие микроциркуляции и иммунной системы, ингибиторы кининовой системы. Местное лечение медиастинита проводили по принципу лечения гнойных ран.

Всем больным установлен силиконовый зонд в пищевод с постоянной аспирацией. Энтеральное зондовое питание проводились у всех пациентов и продолжались 12-13 дней, а через гастростому – 8, через энтеростому – у 1. Для энтерального зондового питания использовали различные сбалансированные питательные смеси.

У 1 пациента сформировался пищеводно-кожный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Умерло двое больных от продолжающего гнойного медиастинита и сепсиса.

Заключение. Раннее энтеральное зондовое питание способствует скорейшей ликвидации гиповолемии, нормализации объем циркулирующий кровы, обеспечивая адекватное энергоснабжение организма и уменьшая интоксикацию у больных с гнойно-септическим осложнением повреждений пищевода.

X. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ): *«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»*

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ

Акимов А.А., Валинуров А.А., Матусевич А.Е.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Ижевск, Россия

В настоящее время одной из основных проблем панкреотологической хирургии является деструктивный панкреатит (ДП). У 8-10% больных с острым панкреатитом встречается панкреонекроз. До 60% панкреонекроз приводит к летальности, что определяет актуальность данной патологии.

Проведенные исследования последних лет выявили, что при ДП в иммунном и цитокиновом статусе развивается дисбаланс, который коррелирует с биохимическими показателями процесса. Поэтому напрвленная цитокинотерапия в комплексном лечении больных с ДП имеет важное теоретическое и практическое значение.

Цель исследования: изучение эффективности направленной цитокинотерапии в коррекции иммунного и цитокинового дисбаланса у больных ДП.

Материалы и методы. Проведено сравнительное обследование 137 больных в возрасте от 26 до 75 лет. Причиной развития острого панкреатита у обследуемых пациентов было холедохолитиаз и алиментарный фактор. Длительность панкреатита варьировала от 1 до 12 суток. Среди больных было 65 (47,4%) мужчин и 72 (52,6%) женщины.

Тяжесть поджелудочной дисфункции (ПД) определяли на основании маркёров альфа-амилазы крови, диастазы мочи и цитолиза (активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы) в крови: ПД 1 степени (уровень альфы-амилазы до 50 мкмоль/л) наблюдали у 44 пациентов, ПД 2 степени (уровень альфы-амилазы от 50 до 100 мкмоль/л) – у 29, ПД 3 степени (уровень альфы-амилазы от 100 до 200 мкмоль/л) у 21 ПД 4 степени (уровень альфы-амилазы более 200 мкмоль/л) у 20. У 23 больных на фоне ОП был панкреонекроз. В зависимости от способа лечения всех пациентов разделили на 2 группы. Больным сравнительной группы (1-я группа: n=67 (48,9%) человек: ПД 1 степени – 21, ПД 2 степени – 14, ПД 3 степени – 10, ПД 4 степени – 9, панкреонекроз – 13) до и после операции проводили лечение без иммунокоррекции. В основную 2-ю группу вошли 70 (51,1%) больных (с ПД 1 степени – 23, ПД 2 степени -15, ПД 3 степени – 11, ПД 4 степени – 11 и с панкреонекрозом – 10), получавшие в комплексной базисной терапии внутривенное введение препаратов цитокинового ряда, а больные с панкреонекрозом – местную цитокинотерапию. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ПД.

Системную цитокинотерапию (СЦТ) проводили путём внутривенного капельного введения рекомбинантного IL-2 человека на 400 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 1-2 мл/мин через день с учётом степени ПД и глубины цитокинового дисбаланса.

Заключение. Доказана (p<0,05) эффективность терапии рекомбинантного IL-2 человека по вышеуказанной схеме при ДП с присоединением вторичной бактериальной (E. Coli), грибковой (Candida Albicans (80%), а также вирусной этиологии (ЦМВ (70%). Исследование показывает выраженный бактерицидный эффект по отношению к E. Coli, наблюдается торможение роста колонии грибов и снижение концентрации РНК вирусов в сыворотке больных ДП на 45%. С целью изучение состояния иммунного статуса в динамике до операции, на 1-, 3-, 7-е и 14-е сутки после операции в сыворотке крови определяли субпопуляционный состав лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD19), иммуноглобулины (IgA, M и G), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Изученные показатели у 15 практически здоровых людей приняли за норму. Исследование продолжается для увеличения доказательной базы.

СОСУДИСТЫЕ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ахаладзе Д.Г., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Заманов Э.Н., Елизарова Н.И.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Внутрипечёночная холангиокарцинома – одна из наиболее агрессивных опухолей, ассоциированных с плохим прогнозом. Радикальная операция остаётся единственным методом лечения, прозволяющим продлить жизнь подобным пациентам. Выполнение радикального вмешательства при местнораспространённом раке внутрипечёночных желчных протоков с инвазией нижней полой вены (НПВ) и/или воротной вены (ВВ) представляет особенную сложность.

Цель исследования: явился анализ возможности и безопасности выполнения обширных резекций печени, комбинированных с резекцией и реконструкцией сосудов, у пациентов с внутрипечёночной холангиокарциномой при крупной и множественной формах поражения.

Материалы и методы. Изучены данные пациентов с различными типами внутрипечёночной холангиокарциномы. В ретроспективное исследование включены 4 пациента с инвазией опухоли в крупные сосудистые структуры, а также с другими факторами неблагоприятоного прогноза, перенесшие обширные резекции печени с сосудистыми реконструкциями за период с января 2014 года по апрель 2017 года.

Результаты. Из 80 пациентов, страдающих холангиоцеллюлярным раком, радикально оперированы 62 пациента по поводу воротной холангиокарциномы и 18 с внутрипечёночной локализацией опухоли. Среди включённых в исследование пациентов, двоим выполнено протезирование НПВ (с использованием вено-венозного обходного шунтирования у одного больного). В двух других случаях выполняли краевую и циркулярную резекцию воротной вены.

В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдали осложнения классов IIIa-b по классификации Dindo–Clavien. У одного пациента, перенесшего расширенную левостороннюю гемигепатэктомию, сегментэктомию I с резекцией бифуркации ВВ, развилась печёночная недостаточность степени А (согласно критериям ISGLS). Сосудистых осложнений в представленной серии наблюдений не отмечено. Продолжительность госпитализации колебалась от 14 до 35 дней. Средняя продолжительность выживаемости составила 9,5 месяцев. Годичная выживаемость составила 50%. Двое пациентов прожили более 2 лет. 3-х и 5-и летней выживаемости среди анализируемых случаев не было. После выполненных операций все пациенты получили адъювантную химиотерапию.

Заключение. При адекватной селекции, обширные резекции печени, комбинированные с резекцией и реконструкцией НПВ и ВВ, позволяют повысить радикальность хирургического лечения и увеличить продолжительность жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ RALPPS ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

Ахаладзе Д.Г., Заманов Э.Н., Елизарова Н.И.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Пациентов с воротной холангиокарциномой отличает высокий риск развития осложнений и замедленный темп регенераторной гипертрофии будущего остатка печени. Методика ALPPS по-прежнему ассоциирована с высокой частотой осложнений и летальности. Минимизиация травматичности первого этапа и адекватные сроки наступления викарной гипертрофии планируемого будущего фрагмента печени являются ключевыми направлениями в разработке методов повышения радикальности хирургического лечения при этой нозологии.

Цель исследования: на основании накопленного начального опыта проанализировать эффективность и безопасность портоэмболизации и радиочастотной абляции плоскости резекции печени в лечении пациентов с опухолью Клацкина.

Материалы и методы. В качестве хирургического метода профилактики пострезекционной печеночной недостаточности процедура RALPPS в период с 2014 по 2017 гг. использована у четверых пациентов с опухолью Клацкина. 3 пациента перенесли малоинвазивную методику RALPPS – чрескожную эмболизацию правой ветви воротной вены с частичной радиочастотной деструкцией паренхимы печени в плоскости будущей резекции. Одному пациенту выполнен открытый вариант этой операции – лигирование правой долевой воротной вены с радиочастотной абляцией плоскости будущей резекции печени. Оценивали сроки и адекватность гипертрофии будущего остатка печени, завершённость двухэтапной резекции, а также частоту и степень тяжести осложнений после каждого из этапов хирургического лечения.

Результаты. Исходный средний объём будущего фрагмента печени перед первым этапом RALPPS по данным КТ – волюметрии составил 27,5% (20 – 30%); по данным гепатобилиосцинтиграфии – 26,3% (20,4 – 30%). Средний прирост планируемого остатка печени после первого этапа составил 61,1% за менее чем 14 суток. Функциональные характеристики фрагмента печени были удовлетворительными – средний индекс печёночного захвата радиофармпрепарата составил 2,63. Двухэтапное лечение завершено у троих пациентов. У одного пациента, несмотря на прирост массы паренхимы 75%, объём будущего фрагмента печени не достиг 40%. Одному пациенту, в связи с прогрессией онкологического процесса, на втором этапе выполнена эксплоративная лапаротомия. У других трёх достигнута R0 – резекция.

Согласно критериям ISGLS печеночная недостаточность после обширных резекций в представленной серии наблюдений не развивалась. После первого этапа RALPPS у двоих пациентов встречали осложнения II класса по классификации Clavien-Dindo. Тяжёлых осложнений после завершения двухэтапной резекции не встречали.

Заключение. У пациентов с воротной холангиокарциномой малоинвазивные варианты ALPPS позволяют достичь достаточной гипертрофии будущего фрагмента печени в адекватные сроки и обладают меньшей травматичностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭТАПНЫХ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОККЛЮЗИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЕЙ

Байдарова М.Д., Тупикин К.А., Варава А.Б.

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

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (НГТ, болезнь Рандю-Ослера-Вебера) – редкое заболевание, тактика лечения которого недостаточно определена.

Цель исследования: изучить результаты лечения пациентов с НГТ с применением этапных рентгенэндоваскулярных окклюзий (РЭО) артерио-венозных фистул.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2016 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского по поводу НГТ пролечено 3 пациента, являющихся родственниками. Имелись клинические проявления заболевания, обусловленные наличием внутрипеченочных артериовенозных фистул. Проведены этапные РЭО порто-кавальных шунтов.

Пациентка Г., 37 лет, в 2005 г. выявлены множественные внутрипеченочные мальформации.

По данным компьютерной томографии (КТ) – гепатомегалия, множественные внутрипеченочные артерио-венозные фистулы, признаки цирроза печени. Аневризмы ветвей печеночной артерии в VIII и VI сегментах. Диагноз: НГТ. В 2005, 2006 гг производили этапные РЭО артерий правой и левой долей печени (VI-VII и II-III сегменты). В связи с циррозом печени включена в Лист ожидания трансплантации печени (ЛО). В 2011 г. третий сеанс РЭО. В 2013 г., учитывая стабилизацию состояния, исключена из ЛО. 11.08.14 г., 10.02.15 г. – этапные РЭО ветвей левой и правой печеночных артерий.

КТ 24.06.15 г.: Артерио-венозные мальформации печени. Выключение из кровотока всех аневризматических расширений. Отмечается положительная динамика в виде «закрытия» аневризмы VIII сегмента печени.

На фоне стабильного состояния – беременность, течение нормальное. 01.06.16 г. срочные роды (38 нед) – здоровый ребенок.

УЗИ 08.06.16 г. – значимых изменений внутрипеченочного кровотока нет.

Пациентка Л., 47 лет, в 2009 г по данным УЗИ и КТ внутрипеченочные артерио-венозные фистулы. В 2010 г. диагностирован цирроз печени. С 2012 г. одышка при физической нагрузке, при обследовании – кардиомегалия, легочная гипертензия, рецидивирующий гидроторакс. Диагностирована НГТ.

28.05.15 г., 05.11.15 г., 14.03.16 г. – этапные РЭО ветвей правой и левой печеночных артерий.

КТ 16.02.16 г.: уменьшение количества жидкости в правой плевральной полости. Полная резорбция жидкости из брюшной полости. Умеренно выраженное сокращение вертикального размера печени, размеров селезенки.

Пациентка Р., 68 лет, с 2001 г диагностирована НГТ.

КТ 21.04.16 г.: компрессионные ателектазы базальных сегментов обоих легких. Кардиомегалия. Артерио-венозные мальформации печени. Аневризма общей печеночной артерии. Тромбоз верхней брыжеечной вены. Цирроз печени. Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода, брюшной полости и малого таза. Эхокардиография 05.05.16 – увеличение размеров всех полостей сердца. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Аневризматическое расширение ствола и ветвей легочной артерии. Незначительная митральная, аортальная и трикуспидальная регургитация. Сократительная функция ЛЖ умеренно снижена.

08.06.16 г. – РЭО ветвей диафрагмальной, правой и левой печеночных артерий.

После 1 сеанса РЭО отмечено уменьшение размеров правых полостей сердца, снижение давления в легочной артерии.

Результат. У всех пациентов имелись клинические проявления НГТ, на фоне длительного течения данного заболевания у всех отмечено развитие цирроза печени, у двух пациенток отмечалась легочная гипертензия. После проведения сеансов РЭО у всех пациентов достигнуто клинико-инструментальное улучшение.

Заключение. Этапные РЭО ветвей печеночных артерий, направленные на разобщение патологических артерио-венозных шунтов – обоснованный метод лечения пациентов с НГТ, уменьшающий клинические проявления портальной и легочной гипертензиии и предотвращающий прогрессирование кардиальной патологии и цирроза печени. При достижении адекватной окклюзии фистул клинические проявления болезни регрессируют, повышается качество жизни пациента.

ХИРУРГИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Байрамова Л.У.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение), Симферополь, Россия

Оценка клинической картины заболевания и ее диагностика у больных старше 75 лет весьма противоречивы, трудности обычно связаны с особенностями течения заболевания у каждого больного, наличие фоновых заболеваний, агрессивностью инфекционного процесса с местным нарушением кровоснабжения на фоне атеросклеротического поражения артерий, стремительным развитием заболевания при тромбозе пузырной артерии с ранним проявлением синдрома эндогенной интоксикацией. Часто имеется несоответствие между скудными клиническими проявлениями и выраженными деструктивными изменениями в стенке желчного пузыря, у части больных с гангренозным холециститом наблюдается период мнимого благополучия.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста.

Материалы и методы. В нашей клинике за период с 2011г по 2016 гг. произведено 612 операций по поводу острого холецистита его осложнений. Больным старше 75 лет было произведено 194 (31,69%) операций. При этом, деструктивные формы острого холецистита подтверждены практически у всех больных (189). У 59 (30,41%) оперированных больных этой группы заболевание сопровождалось осложнениями со стороны органов гепатобилиарной зоны (холедохолитиаз, холангит, стеноз фатерова соска, механическая желтуха), т.е. практически у каждого третьего пациента старческого возраста.

В некоторых случаях возникла необходимость экстренное оперативное вмешательство разделить на 2 этапа: I-й – холецистостомия, II-й – радикальная операция – традиционная холецистэктомия с ревизией желчных протоков. Подобная схема оперативного лечения применена у 8 больных.

Необходимо отметить, что именно у больных старше 75 лет с наличием сопутствующей соматической патологией лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини доступа не всегда доступны.

Результаты. Анализ проведенных оперативных вмешательств и их исходов показал, что поздние оперативные вмешательства (40 больных – 21,2%) чаще сопровождаются определенными техническими трудностями при холецистэктомии и вмешательствах на желчных путях и значительным количеством послеоперационных осложнений. Это происходит в силу различных причин: наличие тяжелой сопутствующей патологии, поздняя госпитализация, отказ от операций с необходимостью проведения консервативной и антибактериальной терапии и отсутствия эффекта от лечения.

При всех сонографических признаках острого деструктивного холецистита у данной категории больных необходимо обращать внимание на:

1. плавающие внутрипросветные образования (некротизированная и отторгнутая слизистая оболочка);
2. очаги эхогенных затемнений газа в стенке желчного пузыря;
3. нарушение целостности стенки желчного пузыря с образованием абсцесса;
4. высокоспецифичный УЗ признак Мерфи.

Ранее оперативное лечение, произведенное квалифицированно при соответствующем уровне общей анестезии и массивной послеоперационной терапией позволило нам снизить количество осложнений у возрастной группы больных до 15,4% при летальности 3%.

Выводы. 1.Число больных старческого возраста с острых холециститом и его осложнений остается высоким и не имеет тенденции к снижению.

2. У больных старческого возраста количество осложнений со стороны органов гепатобилиарной зоны остается высоким, все они требуют квалифицированного вмешательства на желчных путях.

3. В связи с быстрым прогрессированием воспалительных и некротических процессов в желчном пузыре считаем показанными ранее оперативные вмешательства у лиц старческого возраста.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И АНАЛИЗ ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПАНКРЕАТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Баранников А.Ю., Токаренко Е.В.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Большинство случаев неудовлетворительных результатов панкреатодуоденальных резекций (ПДР) связано, по-прежнему, с осложнениями со стороны культи поджелудочной железы (ПЖ) и соустья с ней.

Цель исследования: улучшить результаты ПДР путем снижения риска развития послеоперационного панкреатита культи ПЖ и несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА).

Материалы и методы. Разработан новый способ формирования ПЭА, осуществляемый следующим образом. ПЭА накладываем на отключенной по Ру петле. На задний листок париетальной брюшины, в зоне нижнего края ПЖ на границе мобилизованной части культи ПЖ на расстоянии не более 1 см выполняют два рядом расположенных стяжка. В брыжейке петли формируют «окно», культю ПЖ и три из четырех конца нитей с иглами выводят в отверстие брыжейки, двумя из них накладывают серозно-мышечный узловой шов между «заглушенным» концом и свободным отделом петли. Затем выполняют два раздельных полукисетных шва каждой из оставшихся нитей по брыжеечному краю петли тонкой кишки по противоположным сторонам до проекции верхнего края культи ПЖ, где также за задний листок париетальной брюшины накладывают стяжек. Затем дозировано потягивают и фиксируют концы нитей, обеспечивая оптимальное облегание серозной оболочкой петли культи ПЖ. Проток ПЖ (ППЖ) изолированно вшивают в стенку отводящего отдела петли и стороны петли сшивают между собой.

Разработанный ПЭА обладает всеми преимуществами ПЭА с широкой перитонизацией среза культи ПЖ и изолированным вшиванием ППЖ. Щадящая мобилизация культи ПЖ не более 1 см, надежная фиксация культи в серозном канале с использованием системы швов по вышеописанной методике исключают дополнительное травмирование ткани ПЖ. Данные приемы позволяют значительно снизить риск развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности ПЭА.

Результаты. Разработанный способ формирования ПЭА апробирован у 10 пациентов при выполнении ПДР. Осложнений в виде несостоятельности ПЭА и послеоперационного панкреатита культи ПЖ не отмечено. Летальных исходов не было.

Выводы. Формирование прецизионного вирсунгоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле с широкой атравматичной перитонизацией среза культи ПЖ без захвата в швы паренхимы по вышеописанной методике при ПДР снижает риск развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности ПЭА.

Подана заявка на получение патента РФ.

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Барбадо Мамедова П.А.

ГБУЗ МО Наро-Фоминская больница №1, Наро Фоминск, Россия

Цель исследования: изучить возможности чреспапиллярных операций (ЧПО) при лечении синдрома Мириззи (СМ). СМ – редкое осложнение желчнокаменной болезни, субстратом которого является нарушение желчеоттока, вызванное обструкцией камнями внепеченочных желчных протоков. Его частота составляет 0.8-3,5% по данным литературы. Эффективность ЧПВ в диагностике и лечении СМ – дискутабельная проблема, являющаяся предметом данного сообщения.

Материалы и методы. Работа основана на опыте диагностики и лечения 9 больных с синдромом Мириззи, частота которого составила 1,65% на 424 ЭРХГ в 2004-2006 гг.

Результаты. Классификации СМ разнообразны, и основаны, в большинстве своем, на степени и характере разрушения стенок общего желчного протока. Сдавление различных отделов гепатикохоледоха при ЭРХГ мы считаем спорным симптомом СМ, так как «сдавление», «оттеснение» протоков и др. могут присутствовать при других заболеваниях (острый холецистит, опухоли). Выделение же острой формы 1 типа СМ, на наш взгляд, уводит от понимания сущности патологического процесса. В нашем исследовании, пузырно-общепеченочный свищ в 1-2 см от бифуркации печеночных протоков имел место у 6 больных, а у 1 свищ располагался между пузырным и общим печеночным протоком при низком их слиянии. Диагностика СМ на основании холангиографии – трудная задача. Сведения об эффективности ЭРХГ в получении и трактовке рентгенэндоскопических данных у пациентов с СМ разноречивы и правильный диагноз устанавливается у 59-90% пациентов по данным разных авторов. Причинами диагностических ошибок на наш взгляд являются недостаточный объем рентгенологической информации о состоянии желчевыводящей системы (полный блок желчных протоков и отсутствие контрастирования проксимальных отделов, обтекание контрастным веществом крупного камня и неполное его контрастирование и т.д.), что отмечено у 1 из 9 пациентов.

Эндоскопическое лечение СМ технически сложно. Исторически целью эндобилиарных ЧПВ была диагностика и подготовка пациентов к традиционному хирургическому вмешательству. Эндоскопическая внутрипросветная хирургия открыла перспективы лечения СМ. Главной сложностью при СМ является проведение инструментов, проводников, стентов, НБД выше места обструкции ОЖП, проблемы захвата и разрушения камней. Из 9 больных у 3 произведен комплекс ЧПВ, включающий ЭПТ, литотрипсию, эндопротезирование и назобилиарное дренирование (2 из них выписаны со стентами в связи с высокой степенью операционного риска); ЧПВ и операция ЛХЭ – у 5 (1 больная после неудачи ЧПВ была оперирована традиционно, но хирурги камень не удалили и эффективным был способ удаления камня из ОЖП с помощью корзины через дренаж ОЖП в послеоперационном периоде); традиционная холецистэктомия после неудач ЧПВ – у 1 (больной умер от аррозивного кровотечения в послеоперационном периоде).

Заключение. Синдром Мириззи – трудная проблема современной хирургии, перспективы диагностики и лечения которого связаны с эндоскопической чреспапиллярной хирургией. При наличии холангита и механической желтухи, она может быть, при наличии эндоскопического инструментария в руках опытных специалистов, эффективным средством подготовки больных к традиционным операциям. У больных с высокой степенью операционного риска методом выбора может быть применение пластиковых стентов.

ПЕРЕСТРОЙКА ОСТАВШЕЙСЯ ЧАСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ РЕЗЕКЦИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Барская Л.О., Ермолаев П.А.

ФГБОУ Омский государственный медицинский университет Минздрава России, Омск, Россия
БУЗОО Омская клиническая больница, Омск, Россия

Цель исследования: оценить степень повреждения оставшейся части печени в раннем послеоперационном периоде после предельно допустимой резекции печени.

Материалы и методы. Выполнили эксперимент на 110 белых беспородных крысах самцах массой 200-220 г. 90 из них под эфирным наркозом выполнили предельно допустимую резекцию печени по разработанной нами методике, 20 наркотизированных животных составили контрольную группу. Через 12 часов, 1, 3 и 7 суток после операции забирали оставшуюся часть печени и кровь из воротной и печеночных вен для регистрации хемилюминесценции тканей; выполняли гистологическое исследование печени. Результаты обработаны с применением программы “STATISTICA 6,0”. Достоверность различий полученных результатов определяли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. Через 12 часов в оставшейся части печени после операции светосумма возрастала в 1,5 раза, а «быстрая» вспышка и спонтанная светимость снижались в 1,5 и 7 раз соответственно. Данная динамика параметров свободно-радикального окисления сохранялась в течение 3-х суток. К 7-м суткам послеоперационного периода все параметры свободнорадикального окисления достоверно снижались:

светосумма – в 2 раза, быстрая вспышка – в 9 раз, спонтанная светимость – в 3 раза. Полученные нами функциональные нарушения подтверждались структурными изменениями в оставшейся части печени. Уже к 12 часам на фоне венозного полнокровия оставшейся части печени некоторые гепатоциты имели признаки гидропической дистрофии. Далее, в течение 3-х суток после операции, в оставшейся печени кроме явлений гидропической дистрофии наблюдали признаки жировой дистрофии гепатоцитов и множественные мелкие очаги некрозов. Через 7 суток в оставшейся печени появлялась молодая грануляционная ткань с формирующимися сосудами и признаки гипертрофии гепатоцитов. Динамика параметров свободнорадикального окисления, а, именно, светосуммы в крови воротной и печёночных вен носила следующий характер – с 12 часов послеоперационного периода отмечались достоверные изменения показателя в сравнении с контролем. В течение 12 часов светосумма цельной крови воротной вены снижалась, а в печёночных возрастала; достоверные изменения в плазме наблюдали только в печёночных венах. Через 1 сутки светосумма цельной крови воротной и печёночных вен снижалась, в плазме этот параметр в воротной вене вырастал, а в печёночных снижался. К 3-м суткам после операции продолжилось снижение светосуммы цельной крови воротной вены и плазмы крови воротной и печёночных вен. На 7 сутки – та же тенденция.

Заключение. В течение 3-х суток послеоперационного периода процессы свободно-радикального окисления в оставшейся печени характеризуются массивным образованием свободных радикалов. К 7-м суткам наблюдается истощение ферментов антиоксидантной системы в оставшейся части печени. Структурные изменения в оставшейся части печени выявляются к 12 часам послеоперационного периода. Трансформация происходит к 7-м суткам послеоперационного периода и представляет собой организацию мелких очагов некрозов гепатоцитов.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЪЕМНОЙ НАВИГАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Бобраков М.А., Зотеев А.Н., Круглов А.Н., Бараков Я.В., Бехбудов Х.Э.

Клиника и кафедра госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Среди опухолей печени метастатическое поражение наиболее распространено. У 25-50% больных с различными опухолями при аутопсии обнаруживаются метастазы в печени. Точное и раннее выявление опухолей печени – ключ к успешной стратегии лечения. Наряду со злокачественным поражением печени, частота выявления доброкачественных поражений печени, даже у больных с известным злокачественным новообразованием остается высокой. Следовательно, в определении тактики лечения и прогноза определяющим фактором является морфологически верифицированный диагноз. Выполнение биопсии при малых размерах очага, либо при расположении очага в плохо визуализируемых отделах печени, представляет серьезную проблему, и не только технического характера.

Цель исследования: являлось изучение возможности трепанбиопсии печени под УЗ-наведением с применением объемной навигации.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 гг. проведен ретроспективный анализ данных 50 больных в возрасте от 35 до 74 лет, с очаговым поражением печени, которым выполнялась чрескожная пункционная трепанбиопсия печени под УЗ наведением. Пункции проводились под местной анестезией *S. Lidocaini* 1%, 20.0, в режиме «свободной руки» под УЗ-наведением.

Результаты. Выявленные при КТ/МРТ у 10 (20%) больных небольших размеров очаги в печени (до 15 мм в диаметре) не визуализировались у 4 (8%) больных и плохо визуализировались у 3 (6%) больных, а еще у 3 (6%) больных только по данным УЗИ не представлялось возможным найти безопасную траекторию для биопсии. В этих случаях нами использовался метод объемной навигации (Volum Navigation).

Функция Volum Navigation позволила нам проецировать данные КТ и МРТ на экран УЗ сканера в режиме реального времени и использовать сенсорную систему позиционирования для одновременного вывода на экран изображения при сканировании в режиме реального времени и соответствующего определения траектории движения иглы с возможностью обхода органов. Накануне биопсии нами выбиралась та серия снимков КТ/МРТ, где очаговое образование лучше визуализировалось, что позволяло определить

оптимальную траекторию иглы и избежать повреждения органов, располагающихся на линии «место вкола – очаговое образование».

При выполнении чрескожных пункционных трепанбиопсий у всех 50 больных во время пункции бралось не менее 2 столбиков ткани, всего 124 столбика ткани для гистологического исследования.

Результаты. При гистологическом исследовании: очаговая лимфоцитарная инфильтрация у 7 (14%) больных, нодулярная гиперплазия у 9 (18%) больных, гемангиома у 7 (14%) больных, нейроэндокринная опухоль у 1 (2%) больного, метастаз меланомы у 1 (2%) больного, низкодифференцированная аденокарцинома у 8 (16%) больных. умереннодифференцированная аденокарцинома у 11 (22%) больных. высокодифференцированная аденокарцинома у 6 (12%) больных.

Осложнений, потребовавших оперативного вмешательства, не отмечено. У 3 пациентов в течение нескольких дней сохранялся незначительный болевой синдром.

Заключение. Выполнение чрескожной пункционной трепанбиопсии печени под УЗ наведением с использованием объемной навигации перспективно при малых размерах и плохой визуализации очагового образования, а также в случаях, когда только по данным УЗИ не представляется возможным найти безопасную траекторию для биопсии. Чрескожная пункционная трепанбиопсия очагов печени под УЗ наведением методом «свободной руки» с последующим гистологическим исследованием биоптата является относительно безопасным и высокоинформативным методом дифференциальной диагностики.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРЕПАНБИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бобраков М.А., Зотеев А.Н., Круглов А.Н., Бараков Я.В., Бехбудов Х.Э., Бестаева Д., Семинютина И.В., Бестаева Д.

Клиника и кафедра госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Рак поджелудочной железы (РПЖ) занимает четвертое место в мире с пятилетней выживаемостью около 5%. Пациенты с операбельными формами заболевания имеют 20% 5–летнюю выживаемость с медианой от 12 до 20 месяцев. Для назначения адекватной лекарственной противоопухолевой терапии необходимо точная верификация опухоли. Проблемным вопросом остается получение тканевого материала поджелудочной железы для морфологического исследования, позволяющего определиться с дальнейшей тактикой лечения.

Цель исследования: изучить возможности трепанбиопсии поджелудочной железы под УЗ контролем для морфологического и иммуногистохимического исследований.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2017 гг. чрескожная пункционная трепанбиопсия ПЖ под УЗ-наведением выполнили 143 больным в возрасте от 35 до 83 лет с очаговым образованием в ПЖ, с последующим цитологическим и гистологическим исследованиями. В последнее время в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля при очаговых образованиях поджелудочной железы мы воздерживаемся от выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии, в связи с большим количеством ложноотрицательных результатов. Патологическое образование располагалось в головке ПЖ в 103 (72%) случаях, в теле ПЖ – в 28 (19,6%) и в хвосте ПЖ – в 12 (8,4%). Диаметр очаговых образований был от 14 до 90 мм.

Результаты. Выполнено 143 чрескожных пункционных трепанбиопсии у 143 больных. Во время пункции мы брали не менее 2 столбиков ткани, всего 347 столбиков ткани для гистологического и 694 мазков-отпечатков на предметных стеклах для цитологического исследований.

При цитологическом исследовании выявлено: пласты клеток аденокарциномы у 93 (65%) больных, клетки поджелудочной железы с признаками воспаления у 41 (28,7%) больного, аденома у 9 (6,3%) больных. При гистологическом исследовании выявлено: протоковая аденокарцинома у 124 (86,7%) больных, цистаденокарцинома у 3 (2,1%) больных, ацинарный рак у 7 (4,9%) больных, недифференцированный рак у 2 (1,4%) больных, опухоль островков поджелудочной железы (АПУД-системы) у 4 (2,8%) больных, клетки

поджелудочной железы с признаками воспаления у 3 (2,1%) больных. Таким образом, чувствительность цитологического исследования составила 0,66, а гистологического 0,98.

Осложнений, потребовавших оперативного вмешательства, не было. У 6 пациентов в течение нескольких дней отмечался болевой синдром, связанный с формированием парапанкреатической гематомы, диагностированной при динамическом УЗИ.

После верификации диагноза выполнено: панкреатодуоденальная резекция – 10 больным; резекция хвоста и тела ПЖ – 19 больным; паллиативные вмешательства – 33 больным; химиотерапия была проведена 71 больному.

Заключение. Для морфологической верификации диагноза и дифференциальной диагностики очаговых образований ПЖ использование только тонкоигольной биопсии и цитологического исследования является недостаточным. Для получения полноценного материала с последующими гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями чрескожная пункционная трепанбиопсия ПЖ под УЗ наведением методом “свободной руки” является относительно безопасным и высокоинформативным методом диагностики.

МЕСТО РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Гаврилов Я.Я.

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

В связи, с увеличением количества ранее оперированных больных с метастазами колоректального рака в печень и низкий процент пациентов, которым возможно выполнение повторного резекционного лечения, а так же высокий риск осложнений и летальности после данных операций возник вопрос о целесообразности миниинвазивного лечения данной группы пациентов. Одним из наиболее эффективных и широко используемых методов миниинвазивного лечения образований печени является радиочастотная абляция которая зарекомендовала себя доступным, безопасным и эффективным методом лечения пациентов с очаговыми заболеваниями печени, который может использоваться как самостоятельный метод, а также как дополнение к резекционному вмешательству.

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с рецидивом метастазов колоректального рака в печень после ранее выполненой резекции печени с учетом метода РЧА.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 29 пациентов с рецидивными метастазми колоректального рака в печень после ранее выполненой резекции печени за период с 2005 по 2015 гг. Средний возраст пациентов составил 56±10 лет. В 14 случаях отмечено синхронное выявление метастазов и первичной опухоли. У 5 пациентов из данной группы была выполнена одномоментная операция по удалению первичной опухоли и метастаза из печени. У остальных 15 пациентов метастазы в печени появились в среднем через 11,1±17,9 месяцев. Количество очагов варьировало от 1 до 6. В 7 случаях была выполнена гемигепатэктомия, во всех остальных случаях были выполнены сегментарные резекции, в 5 случаях первичная резекция дополнялась РЧА отдельных очагов. В 9 случаях добиться радикальности резекции не удалось, во всех остальных случаях безрецидивный период составил 12,0±8,8 месяцев. При прогрессировании количество очагов в печени варьировало от 1 до 5 и в среднем составило 1.86. Размеры очагов составляли от 2 до 106 мм, для группы РЧА в среднем 28,7±8,4 мм, а для группы перезекций 33,8±22,9 мм. По поводу чего РЧА была выполнена в 12 случаях, удаление доли печени – в 8 случаях, атипичная резекция – в 7 случаях и сочетание РЧА с атипичной резекцией применялось в 2 случаях.

Результаты. В группе пациентов, которым выполняли РЧА в 50% случаев не удалось достигнуть полной абляции очагов, что потребовало проведения дополнительных вмешательств. Средняя продолжительность безрецидивного периода у успешно оперированных пациентов составила 3,3±2 месяца. В группе пациентов которым выполняли резекционное вмешательство в 59% случаях удалось достичь резекции R0,

Средняя продолжительность безрецидивного периода у данной группы пациентов пациентов составила 10±12месяцев. Однако число осложнений в группе перезекций составило 64%, с 1 летальным исходом, тогда как в группе РЧА 10%, летальных исходов не было.

Заключение. Резекционные вмешательства у пациентов с метастазами колоректального рака позволяют в большем числе случаев, чем РЧА, добиться радикальности операции и более длительной ремиссии, однако сопровождаются большим количеством осложнений. Пациенты перенесшие РЧА после резекций имеют значимо меньшее количество осложнений но и меньшую радикальность и продолжительность безрецидивного периода. Однако надо учитывать, что в отличие от резекции органа, РЧА может применяться многократно при появлении новых очагов, или при продолженном росте обработанной опухоли, но возможность выполнения успешной РЧА четко коррелирует с размерами образования.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРИВОЙ ОБУЧЕНИЯ ПРИ РОБОТИЗИРОВАННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Грендаль К.Д.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

В настоящее время сравнительного анализа кривой обучения выполнения робот-ассистированной и лапароскопической резекций печени не проводилось. Проведен сравнительный анализ кривой обучения роботизированных и лапароскопических резекций печени с учетом индекса сложности минимальных инвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты 131 резекций печени (роботизированных – 40 и лапароскопических – 91). Оценка кривой обучения была основана на вычислении индекса сложности для минимально инвазивных резекций и частоты выполнения резекции задне-верхних сегментов печени.

Результаты. Значительное увеличение показателя индекса сложности (от 5,0±1,6 до 7,3±1,8) при роботизированных операциях отмечены после 16 резекций. Увеличение частоты выполнения задне-верхних сегментов с высоким индексом сложности отмечено после 29 лапароскопических резекций.

Выводы. Кривая обучения для резекции печени с помощью роботического комплекса короче по сравнению с лапароскопическими резекциями. Выполнение роботизированных резекций печени может способствовать увеличению индекса сложности перед выполнением лапароскопических резекций печени.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ

Дугарова Р.С., Смирнов А.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С.

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

Актуальность. Синдром органического гиперинсулинизма (ОГ) обусловлен абсолютным избытком инсулина и, связанной с этим, гипогликемией. В настоящее время в мировой литературе имеется мало работ, посвященных изучению отдаленных результатов хирургического лечения больных ОГ.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2011 по 2017 гг. было оперировано 53 пациента с инсулиномами. Отдаленные результаты оценены у 39 больных, из них 16 с синдромом МЭН-1. «Открытым» способом оперировано 20 (51,3%) больных, робот-ассистированным (РА) – 19 (48,7%). Большую часть больных составили женщины – 31 (80%). Средний возраст – 45,2±17,4 лет. Медиана продолжительности наблюдения после операции – 804 дня [397; 1595]. Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов

использовался опросники Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), версии 2 и Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).

Результаты. Рецидив гипогликемического состояния отмечен у 1 (2,5%) больной через год после дистальной резекции, по поводу инсулиномы хвоста поджелудочной железы (ПЖ) в рамках синдрома МЭН-1. Сахарным диабетом имеется у 6 (15,4%) пациентов: панкреатэктомию по поводу множественных опухолей в головке, теле и хвосте ПЖ перенесли 3; корпорокаудальную резекцию со спленэктомией – 1; РА срединной резекция и энуклеация инсулиномы – по 1 больному. В послеоперационном периоде средний уровень глюкозы натощак составил 5,0 ммоль/л [4,0; 5,2], до операции – 1,7 ммоль/л [1,1; 2,2]. Вес пациентов при поступлении в среднем составил 87 кг [75,5; 100,75], в настоящий момент 72,5 кг [61; 80]. Средний индекс массы тела больных до операции был 30,46 кг/м^2, после операции – 25,21 кг/м2.

Симптомы экскреторной недостаточности ПЖ имеются у 7 (18%) пациентов, перенесших панкреатэктомию (3), дистальную резекцию со спленэктомией (1), операцию Томпсона (1), резекцию головки ПЖ (2). Диспептический синдром отмечен у 6 (86%) больных, диарейный синдром – у 3 (43%), рефлюкс-синдром – у 2 (29%).

Значение по шкале физического функционирования (PF) составляет 85 [75; 90], что отражает высокий уровень выполнения физических нагрузок. Шкала ролевого функционирования (RP) – 75 [56,25; 100]. Интенсивность боли низкая (BP) – 74 [52; 84]. Общее состояние своего здоровья большинство оценили как выше среднего (GH) – 75 [65,5; 95]. Шкала жизненной активности (VT) – 70 [50; 75]. Отмечается высокий уровень социальной активности (SF) -75 [50; 75]. Эмоциональное состояние (шкала RE – 66 [33; 100]). У всех пациентов отсутствует депрессия, тревога по шкале MH – 75 [56; 80]. Шкала PHsum и MHsum – 52,03 [43,85; 56,99] и 51,39 [38,42; 59,33].

Выводы. Полученные результаты демонстрируют высокую эффективность хирургического лечения инсулином, обеспечивающую удовлетворительный уровень качества жизни. Пациенты с синдромом МЭН-1 после резекции ПЖ требуют мониторинга с целью раннего выявления возможного рецидива гипогликемического состояния.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Зайниев А.Ф., Мардонов Б.А., Суярова З.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Материалы и методы. Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 103 больных повреждениями желчных протоков. 78 больных оперированы по поводу пересечения (9), иссечения (38) и иссечения с лигированием проксимальной культи гепатикохоледоха (ГХ) (31). По поводу пристеночного краевого ранения11 пациентов, по поводу клипирования или лигирования без пересечения протока – 14. Локализация повреждения: общий желчный проток – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конфлюэнс – у 10. Повреждения желчных протоков выявлены интраоперационно у 28 (27,2%) больных, повреждение выявлено в раннем послеоперационном периоде – у 75 (72,8%). Реконструктивные операции выполнены 57 (55,3%) больным, восстановительные операции – 42 (40,8%) больным, ограничились наружным дренированием проксимальной культи ГХ у 4 (3,9%) больных. При полном пересечении и иссечении желчных протоков 19 больным было выполнено наложение билиобилиарного анастомоза, у 17 (89,5%) из них в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура ГХ. Реконструктивные операции было выполнено55 больным: 45 больным ГепЕА и 10 больным ГепДА. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (90%) больных после ГепДА и у 4 (8,9%) больных после ГепЕА наблюдали стриктуру билиодигестивного анастомоза. Из 14 больных с лигированием ГХ без пересечения 12 было выполнено снятие лигатуры и 2 был наложен ГепЕА, из них у 5 в отдаленном периоде наблюдали стриктуру ГХ. 11 больным с краевым повреждением выполнено ушивание протока на дренаже Кера с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Результаты. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: характер повреждения, уровень повреждения, сроки выявления повреждения и вид оперативного вмешательства. Характер повреждения – это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных повреждениями желчных протоков. В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (23,3%) больных, в отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (36,4%) больных. Локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков. При повреждении на уровне «+1» осложнения наблюдали у 9 (21,4%) и 15 (38,5%) больных, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. При высоких повреждениях на уровне «0, -1, -2» в ближайшем послеоперационном периоде осложнения выявлено у 12 (32,4%) больных и в отдаленном послеоперационном периоде у 13 (39,4%) больных.

Выводы. Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм желчных протоков МЖП (у 84,3% пациентов). После восстановительных операций наблюдали осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, соответственно у 2 (6,5%) и 22 (75,9%) больных. После реконструктивных операций у 16 (28,1%) больных выявлены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и у 13 (23,2%) в отдаленном послеоперационном периоде.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗ АССОЦИИРОВАННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Каниев Ш.А., Баймаханов Ж.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Республика Казахстан

Цель исследование: ретроспективное исследование является анализ результатов лечения больных с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК).

Материалы и методы. В период с 2011 по декабрь 2016 гг., в ННЦХ им А.Н. Сызганова, находилось 80 пациентов с ГЦК. 21 пациентам были выполнены радикальные операции: Резекция печени – 16, трансплантация печени – 5. Паллиативные операции были выполнены 59 пациентам: трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) – 56 и радиочастотная абляция (РЧА) – 3 случая. Критериями для выполнения обширных резекций были: Child Pugh A, оптимальный остаточный объём печени, достаточный функциональный резерв печени. Показаниям к трансплантации печени были ГЦК с Child Pugh B и C в пределах Миланской критерии.

Результаты. Анатомические резекции были выполнены в 13 случаях и атипичная резекция печени в 3 случаях. Осложнения наблюдали в 3 случаях: билиарные осложнения – 2 и панкреонекроз в 1 случае. Летальный исход был в одном случае (панкреонекроз). У пациентов после трансплантации печени рецидива опухоли не наблюдалось. Летальный исход был в одном случае в связи васкулярным осложнением в раннем послеоперационном периоде.

После выполненных паллиативных вмешательств (РЧА и ТАХЭ) регресс опухолевого очага отмечен в 19 случаях.

Выводы. Результаты выживаемости пациентов после трансплантаций печени при циррозе с ГЦК лучше, чем после резекций печени. Для выполнения резекций печени необходимо придерживаться критериям: цирроз печени класс Child-A, паренхимосохраняющие резекции, сегментарные резекции при небольших ГЦК.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КИСТОЗНО-КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Калашник Р.С.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университеи им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Несмотря на существующий широкий спектр оперативных вмешательств, предложенных для хирургического лечения ХККП, в настоящее время отсутствует единый подход к показаниям и выбору предпочтительного варианта хирургической коррекции данного заболевания.

Цель исследования: обоснование выбора наиболее рационального оперативного вмешательства при ХККП в зависимости от морфоструктурных изменений отделов ПЖ и ее протоковой системы, опирающееся на оценку результатов различных способов хирургической коррекции данного заболевания.

В период с января 2009 по март 2016 гг. находились на лечении 160 пациентов. Транскутанные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем были выполнены 101 (63,1%) пациенту, причем 26 (16,3%) было произведено по 2 и более манипуляции. Пункционное дренирование кисты поджелудочной железы под эндосонографическим контролем было выполнено 4 (2,5%) больным. Осложнения после пункционно-дренирующих манипуляций под ультразвуковым контролем были отмечены у 7 (4,4%) пациентов. Лапаротомные оперативные вмешательства после попытки лечения с помощью пункций и дренирования под ультразвуковым контролем были произведены 43 (26,9%) больным. Всего оперативному лечению были подвергнуты 74 (46,3%) больных. Из резекционно-дренирующих операций предпочтение при хроническом калькулезном панкреатите с кистозной трансформацией головки поджелудочной железы было отдано модификации операции Фрея, разработанной авторами и выполняемой в клинике с 2014 г. (патент РФ №2580197).

После резекционно-дренирующих операций в послеоперационном периоде не наблюдали эпизодов механической желтухи, развития панкреатогенного сахарного диабета и рецидивов абдоминального болевого синдрома.

Заключение. Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем следует рассматривать только как первый этап в хирургическом лечении хронического кистозно-калькулезного панкреатита, после которого необходимо выполнение резекционно-дренирующей или дренирующей операции. Выполнение резецирующих операций требует существенных показаний. Дополнение резекционно-дренирующего оперативного вмешательства по типу Фрея, рекомендованного в качестве преференциальной операции, контактной ультразвуковой литотрипсией позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим кистозно-калькулезным панкреатитом.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Киселев Е.А.

ГБУЗ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Цель исследования: изучить значение уровня билирубина для выбора времени операции у больных механической желтухой злокачественного генеза.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2016 гг. в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы Московского НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского проходили лечение 66 больных механической желтухой, обусловленной опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. Среди них было 45 (68,2%) женщин и 21 (31,8%) мужчина. Возраст больных варьировал в пределах от 36 до 83 лет, 66,4±10,1 лет (среднее±стандартное отклонение). Диагноз заболевания был установлен

на основании клинической картины, УЗИ, КТ, лабораторных методов исследования, уровня онкомаркеров. На первом этапе лечения всем больным выполнили различные дренирующие операции, направленные на купирование механической желтухи: чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию, наружную холангиостомию, билиодуоденальное стентирование, назобилиарное дренирование. Также провели курс консервативной инфузионной, дезинтоксикационной, гепатотропной терапии. Готовность больного к хирургическому лечению оценивали, исследуя динамику снижения уровней общего и прямого билирубина крови. Вторым этапом выполнили радикальное хирургическое лечение (пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию), либо формирование обходного билиодигестивного анастомоза.

Результаты. Концентрация общего билирубина крови при поступ-лении составила 89,8 (53,7; 150,95) мкмоль/л, прямого – 46,4 (18,5; 88,3) мкмоль/л. Кон-центрация общего билирубина крови перед хирургическим лечением составила 35,2 (26,9; 51,8) мкмоль/л, прямого – 19,0 (11,8; 26,0) мкмоль/л. Поскольку распределение уровня общего и прямого билирубина не было нормальным, средние представлены в виде медиана (нижний квартиль; верхний квартиль). Различие между уровнем общего и прямого билирубина при поступлении и перед операцией оценили с использованием U-критерия Mann-Whitney для зависимых групп. Поскольку p=0,005 и 0,000 для общего и прямого билирубина соответственно, эти различия достоверны. В послеоперационном периоде случаев печеночной недостаточности, гнойного холангита, несостоятельности билиодигестивного анастомоза и летальных исходов не было.

Заключение. Успешно выполненное желчеотведение при механической желтухе злокачественного генеза позволяет предотвратить печеночную недостаточность и подготовить больного к хирургическому лечению. Безопасным для последующей операции является уровень общего билирубина крови, не превышающий 35 мкмоль/л, прямого – не более 19 мкмоль/л.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЕНОЗНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

Котив А.Б.

ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: топографо-анатомическое и клиническое обоснование вариантов реконструкции портальной системы при гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР).

Материалы и методы. Анатомическая часть исследования выполнена на 30 небальзамированных органокомплексах и включала изучение топографических и морфометрических характеристик ствола и основных вен портальной системы. Экспериментальная часть работы выполнена на 10 небальзамированных трупах людей без патологии внутренних органов брюшной полости и заключалась в моделировании возможностей сохранения портального кровотока при ГПДР с удалением участка ствола и конфлюенса воротной вены. Клиническая часть исследования основана на ретроспективном анализе результатов лечения больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы (n=88). В стандартном варианте ГПДР выполнена у 36 (40,9%) наблюдениях, в расширенном – в 52 (59,1%) случаях, из них 29 (55,7%) вмешательств включало резекцию мезентерико-портального венозного сегмента. Основным методом предоперационной диагностики поражения сосудов портальной системы являлась многофазная компьютерно-томографическая ангиография (КТ-ангиография).

Результаты. Во всех наблюдениях конфлюенс воротной вены, образованный слиянием ее корней, располагался в борозде за головкой pancreas и с трех сторон окружен ее тканью, что создает условия для опухолевой инвазии сосудов при протоковой аденокарциноме поджелудочной железы. Изученные топографо-анатомические и морфометрические характеристики вен портальной системы свидетельствовали о широком диапазоне вариантной анатомии, что необходимо учитывать при планировании оперативных вмешательств на поджелудочной железе с резекцией и реконструкцией портальных сосудов. Экспериментальное моделирование вариантов сосудистой пластики при ГПДР с иссечением мезентерико-портального венозного сегмента показало, что в связи с возможностью смещения мобилизованного корня

брыжейки тонкой кишки в направлении ворот печени существуют условия для выполнения прямого мезентерико-портального анастомоза без значительного натяжения сосудов. При необходимости резекции верхней брыжеечной вены ниже уровня формирования основного ствола и отсутствии условий для соединения с воротной веной, возможно выполнение мезентерико-кавального анастомоза по типу “конец-в-бок” позволяющий обеспечить адекватный венозный отток крови от одного из притоков верхней брыжеечной вены в нижнюю полую вену. Портопеченочный кровоток в таких условиях может обеспечиваться созданием спленопортального анастомоза “конец-в-конец”. Обеспечение оттока венозной крови от желудка, селезенки и культи поджелудочной железы в случае резекции конфлюенса воротной вены зависит от длины культи непораженной селезеночной вены. Исследования с наполнением вен показали, что в случае перевязки селезеночной вены дистальнее впадения нижней брыжеечной вены, последняя обеспечивает адекватный отток крови через дугу Риолана частично в воротную вену и частично в систему нижней полой вены через сигмовидные и прямокишечные венозные сосуды. При необходимости перевязки нижней брыжеечной вены или впадения ее в верхнюю брыжеечную вену для адекватного оттока крови от оставшейся части желудка, селезенки и культи поджелудочной железы, селезеночную вену необходимо анастомозировать с левой почечной веной или при достаточной длине с воротной веной.

Изучение результатов КТ-ангиографии (n=40) с применением многофакторного регрессионного анализа позволило определить факторы риска опухолевой инвазии в мезентерико-портальный венозный сегмент: отсутствие ткани между опухолью и сосудом, смещение сосуда опухолью, неровность контуров (стеноз) сосуда, тромбоз сосуда и протяженность контакта опухоли и сосудистой стенки более 10 мм. Разработанная на основе выявленных предикторов диагностическая модель демонстрировала высокую различающую способность (cstatistic=0,899±0,06) с чувствительностью 95% и специфичностью – 78%.

Сравнительный анализ результатов ГПДР с резекцией и реконструкцией мезентерико-портального венозного сегмента и без нее показал, что выполнение вмешательства с сосудистой пластикой требует значимо большего времени (в среднем 465±135мин). Гистологическое исследование операционного материала в 89,7% подтвердило опухолевую инвазию в резецированные участки сосудов. В подавляющем большинстве наблюдений расширенной ГПДР удалось достичь негативного края резекции (R0=85,7%). Достоверного отличия между стандартным вариантом и ГПДР с резекцией сосудов в частоте послеоперационных осложнений и летальности не отмечено.

Заключение. Предложенная тактика сосудистой реконструкции демонстрирует ряд преимуществ: быстрое восстановление портального кровотока по одному из притоков воротной вены; минимальное число сосудистых анастомозов в сравнении с применением аутовенозной пластики; исключение возможного инфицирования синтетического протеза в условиях послеоперационного панкреатита. КТ-ангиография является высоко информативным методом диагностики инвазии опухоли в прилегающий мезентерико-портальный венозный сегмент, а разработанная диагностическая модель обладает хорошим диагностическим потенциалом в прогнозировании необходимости резекции пораженных сосудов. ГПДР с пластикой сосудов портальной системы позволяет в большинстве наблюдений радикально удалить исходно пограничено резектабельную опухоль головки поджелудочной железы.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Суярова З.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Проведен анализ у 4037 пациентов оперированных в клинике СамГосМИ за период 2006-2016 гг. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%). Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. Среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило 56,41±7,3 минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа при остром

калькулезном холецистите в среднем составила 61,21±9,7 минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно – спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 (1,16%) пациентов, с синдромом Мириззи – 19 (0,47%) и склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением – у 18 (0,44%) пациентов. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях при остром холецистите. Во всех 7 наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике МЛХЭ вмешательств развились у 40 наблюдений в группе пациентов с острым холециститом. Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов. Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, представлены 28 наблюдением. Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока – 7, внутрибрюшное кровотечение – 6, гематома подпеченочного пространства – 4, абсцесс подпеченочного пространства – 3, ятрогенное повреждение холедоха – 3, гематома послеоперационной раны – 3, абсцесс сальниковой сумки – 2. В 18 наблюдениях была выполнена релапаротомия: с повторным лигированием культи пузырного протока у 7 пациентов, с остановкой внутрибрюшного кровотечения прошиванием ложа пузыря – у 6 пациентов, вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства – у 2 пациентов, с формированием холедохоэнтероанастомоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха – у 3 пациентов. Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%.

Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию и традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций (МЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил 4,4±0,3 дня, а средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил 9,12±0,7 дня.

Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: 1) переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений;

2) применение малоинвазивных методик позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня;

3) качество жизни пациентов после холецистэктомии с применением малоинвазивных методик выше, чем у пациентов, перенесших операцию из традиционного доступа.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ДАННЫХ МРТ ПОСЛЕ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Лаптева М.Г., Шориков М.А., Францев Д.Ю.

НИИ Клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Введение. Оценка эффекта трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) метастатических нейроэндокринных опухолей (МНЭО) печени по размерам очагов и некротических зон не обладает достаточной чувствительностью и прогностической ценностью, что делает актуальным поиск других диагностических критериев (Geschwind J.-F. с соавт., 2013).

Цель исследования: выявление параметров МРТ, изменяющихся после ТАХЭ у больных МНЭО печени.

Материалы и методы. В исследование включены 18 больных МНЭО печени (дифференцировка G1, G2, G3 и неопределенная – в 7, 7, 2 и 2 наблюдениях, соответственно), которым был выполнен 31 сеанс ТАХЭ (липиодол, HepaSphere и DCBead в 27, 3 и 1 наблюдении, соответственно) в период с 2010 по 2017 гг.

Ретроспективно проанализированы данные 60 МРТ, выполненных за 3-86 дней (медиана 29) до ТАХЭ и через 23-147 дней (медиана 61) после него. На 1,5 Тл МРТ системе получали: 2D Т2-взвешенные (Т2ВИ), 3D Т1-взвешенные (Т1ВИ) с подавлением сигнала от жировой ткани до и после в/в введения магнитно-резонансных контрастных средств (МРКС) в артериальную (11-13 сек), порто-венозную (30-45 сек), смешанную или равновесную (60-75 сек) и отсроченную (2 – 5 мин) фазы, 2D диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ) с подавлением сигнала от жировой ткани и с построением карт измеряемого коэффициента диффузии (ИКД).

Эффект ТАХЭ оценивали по критериям RECIST на основе: интенсивности МР-сигнала на ИКД-картах и Т2ВИ (с его стандартным отклонением); динамике накопления МРКС солидным компонентом очагов; наибольшему диаметру зоны некротических или фиброзных изменений и максимальной толщине опухолевой ткани по их периферии.

Результаты. Эффект ТАХЭ по критериям RECIST был расценен: как прогрессирование заболевания в 4 случаях, как стабилизация – в 17 случаях, как частичный ответ – в 10 случаях. Достоверно сумма максимальных диаметров двух наиболее крупных таргетных очагов в аксиальной плоскости уменьшалась только после первого сеанса ТАХЭ (p=0,033). Статистически значимых изменений максимального диаметра зон фиброза и некроза не выявлено, но отмечается уменьшение толщины ткани опухоли вокруг них (p=0,024, медиана 20%).

В солидной части метастазов выявлено достоверное увеличение медиан значений коэффициента диффузии на ИКД-картах (p=0,0002, медиана 22%) и снижение МР-сигнала на Т2ВИ по сравнению с неизменённой паренхимой печени (p=0,016, медиана 10%), более выраженное в группе пациентов с наличием в метастазах центрального фиброза (p=0,004). В группе с центральным некрозом такой зависимости не было. Также отмечалось снижение накопления МРКС солидной частью узлов (меньшее изменение МР-сигнала на Т1ВИ) по сравнению с неизменённой паренхимой печени в порто-венозной фазе (p=0,033, медиана 8,5%). Достоверных изменений стандартного отклонения МР-сигнала на Т2ВИ, накопления МРКС в артериальную фазу, а также уровня МР-сигнала на Т2ВИ и его роста на Т1ВИ после введения МРКС по сравнению с паравертебральными мышцами и селезёнкой отмечено не было.

Выводы. Эффективность ТАХЭ МНЭО печени можно оценить по измерению толщины сохранившейся ткани метастазов при наличии центрального некроза или фиброза (наблюдали достоверное уменьшение параметра), коэффициента диффузии по ИКД-картам (повышение) и интенсивности МР-сигнала на Т2ВИ (снижение) и на Т1ВИ в порто-венозную фазу после в/в введения МРКС (снижение) в солидной части очагов.

РОЛЬ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка влияния трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности (ОПН) в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на белых беспородных крысах, которые были разделены на 3 группы: 1) здоровые крысы; 2) крысы с моделью ОПН; 3) крысы с моделью ОПН, леченные трансплантацией гепатоцитов. Эмбриональные гепатоциты получали из плодов крыс по модифицированному способу Seglen. В эксперименте ОПН получали путем введения гепатотропного токсина CCl4 внутри-

брюшинно однократно, на следующие сутки выполняли введение в брюшную полость эмбриональных гепатоцитов.

Результаты. На 7 сутки эксперимента активность печеночных ферментов в сыворотке крови животных, подвергнутых токсическому воздействию CCl4, была резко повышена: АсАТ повышалась соответственно в 5,2 раза, АлАТ – в 1,9 ($p<0,001$) по сравнению с интактными животными. Достоверное повышение активности щелочной фосфатазы при ОПН в эти сроки в 3,2 раза и билирубина в 2,3 раза ($p<0,001$) указывало на холестаз вследствие массивного паренхиматозного некроза печени. При трансплантации эмбриональных гепатоцитов отмечалось достоверное снижение концентрации в крови печеночных ферментов, щелочной фосфатазы, билирубина. Также отмечена положительная динамика в отношении концентрации мочевины, креатинина, альбумина.

После введения CCl4 наблюдали токсическое поражение печени, при лапаротомии на 5-6 сутки у погибших крыс макроскопически отмечали выраженные изменения печени: поверхность печени плотная, красноватой окраски, зернистость и закругленность краев. При микроскопическом исследовании отмечали повреждения гепатоцитов с очагами некрозов и лейкоцитарной инфильтрацией, участки дискомплексации балочных струк-тур. При морфологическом исследовании крыс из 3 группы: отмечалось усиление регенеративных процессов, восстановление и сохранность балочной структур с значительным преобладанием неповрежденных гепатоцитов за счет протективной функции пересаженных клеток. Основную массу паренхимы составляли гипертрофированные гепатоциты с ядрами различных размеров. Восстанавливалась цитоплазма некоторых печеночных клеток, при окраске гематоксилином и эозином они окрашивались в розовый цвет.

У крыс 2 группы наблюдается достоверное снижение Т-хелперов в 1,6 раза по сравнению с показателями интактных крыс. Было установлено, что в крови больных крыс количество Т-супрессоровимело тенденцию к снижению и составило в среднем 16,2±0,6%, что несколько ниже показателей интактных крыс (18,5±0,9%). У больных крыс относительное число CD16-лимфоцитов на 1-й день эксперимента составило 13,4±1,0%, что почти в 1,5 раза выше показателя интактных крыс ($o<0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов была на 11,8% ниже значений в контрольной группе. Циркулирующие иммунные комплексы во второй группе в 1,98 раза были выше значений 1 группы.

Анализируя полученные результаты в 3 группе, отмечено положительное влияние трансплантации эмбриональных гепатоцитов, которое выражалось в стабилизации и тенденции к восстановлению нормальной концентрации показателей клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарной активности нейтрофилов и снижению циркулирующих иммунных комплексов.

Заключение. Установлено положительное воздействие трансплантации эмбриональных гепатоцитов на поврежденную печень, что выражаетсяв улучшении биохимических и иммунологических показателей, в более раннем возникновении репаративных, регенеративных процессов в печеночной ткани, что обосновывает целесообразность трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Моисеенко В.Е.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, России

Актуальность. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения протоковой аденокарциномы поджелудочной железы общеизвестны. Объем хирургического вмешательства обычно не позволяет значимо улучшить показатели выживаемости. Сочетание оперативного вмешательства с проведением химиотерапии в лечении рака поджелудочной железы способно несколько улучшить отдаленные результаты

лечения. Одним из важных обстоятельств неблагоприятного прогноза пациентов является резистентность данной формы опухоли к современным химиопрепаратам. Повышение концентрации и времени воздействия лекарственных средств является одним из способов преодоления устойчивости опухолей к терапии. Клиническая реализация этих условий может быть достигнута путем внутриартериального селективного введения препаратов. Это позволяет создать пиковые концентрации химиопрепарата в сосудах, питающих опухолевые клетки, а применение масляной химиоэмболизации увеличить его экспозицию. Селективная внутриартериальная химиотерапия остается актуальной в связи с появлением новых более эффективных лекарственных схем лечения протоковой аденокарциномы.

Цель исследования: сравнительная оценка отдаленных результатов лечения протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы после проведения оперативного и комбинированного лечения.

Материалы и методы. В открытое ретроспективное исследование включены 157 пациентов с подтвержденным диагнозом протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы, проходивших лечение в ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ в период с 1999 по 2016 год. Основную группу составили 52 пациента, получавшие комбинированную терапию- неоадъвантную масляную химиоэмболизацию (ХЭ) препаратами гемцитабин и оксалиплатин, операцию панкреатодуоденальной резекции (ПДР), а также до 6 курсов регионарной химиотерапии (РХТ) – химиоинфузия (ХИ) в чревный ствол препаратами гемцитабин, оксалиплатин в период с 2008 по 2016 гг. Контрольная группа состояла из 54 человек, которым было выполнено только хирургическое лечение в объеме ПДР и 51 пациента, получившего помимо операции курсы РХТ (неоадъювантную ХЭ и адьювантную химиоинфузию) препаратом гемцитабин в период с 1999 по 2008. Производилась сравнительная оценка отделенных результатов проведенного лечения.

Результаты. В основной группе к моменту начала статистического анализа умерло 39 (75%) пациентов. Живы 13 (25%) человек без признаков рецидива и прогрессирования заболевания. Минимальный срок продолжительности жизни составил 5 месяцев, максимальный – 65 месяцев. Средняя продолжительность жизни составила 27 месяцев, однолетняя выживаемость в группе составила 80%, двухлетняя – 57%, пятилетняя – 15%. Медиана продолжительности безрецидивного периода в основной группе составила 12 месяцев. При сравнительной оценке отдаленных результатов лечения в трех группах, медиана продолжительности жизни пациентов, которым было выполнено только оперативное лечение, составила 11 мес., у больных, получавших периоперационную регионарную химиотерапию препаратом гемцитабин – 18 мес., у пациентов, получавших периоперационную регионарную химиотерапию препаратами гемцитабин и оксалиплатин– 23 мес. соответственно. Средняя продолжительность жизни в сравниваемых группах составила 8, 4, 22 и 27 мес.

Выводы. Использование регионарной периоперационной химиотерапии в комбинированном лечении рака головки поджелудочной железы достоверно способно улучшить отдаленные результаты лечения рака головки поджелудочной железы.

РОЛЬ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Моисеенко А.В.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, России

Цель исследования: оценить возможности рентгенэндоваскулярной хирургии в определении и коррекции сосудистых осложнений у пациентов после ортотопической трансплантации печени (ОТП).

Материалы и методы. За период 1998-2017 г. выполнено 187 ОТП. В посттрансплантационном периоде (от 1 до 6 мес.) сосудистые осложнения возникли у 21 пациента (11%). У всех больных выполнены МСКТ с в/в-контрастированием, УЗИ с флуометрией, диагностическая ангиография. Внутриартериальные вмешательства (n=16) включали: эмболизацию селезеночной артерии при синдроме обкрадывания (n=11); баллонную пластику (n=3) и стентирование печеночной артерии (n=2) при ее стенозе или окклюзии. Венозные

осложнения возникли у 5 пациентов, которым проведено 6 внутрисосудистых операций: реканализация и стентирование стеноза/окклюзии нижней полой вены (n=5); баллонная дилатация кава-кавального анастомоза (n=1).

Результаты. У всех 11 больных с клиническим подозрением на снижение артериального притока к печени по результатам диагностической ангиографии обнаружена относительная артериальная недостаточность трансплантата, не выявленная при доплеровской флоуметрии и МСКТ. У 4 из этих пациентов развились стриктуры желчных протоков. При контрольных ангиографиях через 2 сут после проведения эндоваскулярной коррекции во всех 11 случаях отмечено значимое усиление артериального кровотока к трансплантату. Дренирование желчных протоков потребовалось у 2 из 4 больных. Возникло одно осложнение в виде острого тромбоза собственной печеночной артерии и дисфункции трансплантата после баллонной пластики стриктуры артериального анастомоза, приведшее в последующем к летальному исходу (4%).

После проведения эндоваскулярной коррекции градиент давления при нарушении венозного кровотока после ОТП снизился с 20 (13-27) до 1-2 мм.рт.ст., клинически и рентгенологически рецидива не выявлено.

По данным лабораторных и инструментальных обследований интервенционно-радиологические вмешательства способствовали восстановлению функции трансплантата, улучшение трофики органа, купированию билиарных осложнений у 20 больных (96%), сроки наблюдения составляют от 4 до 8 мес.

Заключение. Диагностическая ангиография позволяет в 100% случаев выявить сосудистые осложнения и одновременно выполнить их коррекцию. Методы рентгенэндоваскулярной хирургии в большинстве случаев позволяют минимально инвазивно купировать сосудистые осложнения ОТП.

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Мурунова Ю.Н.

Медицинский институт ГОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Актуальность. Повышение доступности обследования современными диагностическими методами привели к увеличению количества пациентов, оперированных по поводу непаразитарных кист печени. В настоящее время неоднозначен подход к выбору метода хирургического лечения при осложненном клиническом течении непаразитарных кист печени. В структуре операций лапаротомия, включающая объем от иссечения экстрапаренхиматозной стенки кисты до резекции печени, занимает большую часть, и зачастую приводит к осложнениям. Разработаны принципиально новые подходы к лечению непаразитарных кист печени за счет использования малоинвазивных методов.

Цель исследования: оценка эффективности использования малоинвазивных технологий в улучшении результатов лечения пациентов, страдающих непаразитарными кистами печени.

Материалы и методы. В хирургическом отделении БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в период с 2011 по 2015 гг. прооперированы 42 пациента с непаразитарными кистами печени. Больные с солитарными кистами печени составили 45,2% (n=19), с множественными – 54,8% (n=23), диаметр кист варьировал в пределах от 3 до 21 см.

Радикальные операции традиционным способом выполнены 11 пациентам. Дренирование кист под контролем УЗИ проведено 22 пациентам. У 7 пациентов выполнена фенестрация кист с помощью эндовидеохирургической методики. Операции пункции и склерозирования непаразитарных кист печени проводили в 2 случаях одновременно с хирургическим лечением послеоперационных вентральных грыж.

Результаты. В послеоперационном периоде 10 (90,9%) пациентам только первой группы потребовалось лечение в условиях реанимации. После проведения наружного дренирования кист печени отмечено небольшое количество послеоперационных осложнений – у 3 пациентов. Послеоперационный койко-день составил – 19,1, что больше чем после эндовидеохирургического вмешательства (7,9 к/дн) и пункций кист (8,5 к/дн) и незначительно отличается от резекционных операций (20,4 к/дн).

У 5 (45,5%) пациентов первой группы выявлено наибольшее количество послеоперационных осложнений в группах наблюдения, на передней брюшной стенке остался послеоперационный рубец, что считается неудовлетворительным результатом с косметической точки зрения. Хороший косметический эффект достигнут у большинства пациентов группы малоинвазивного лечения.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 6 до 60 месяцев у 33 (78,6%) пациентов. У 2 (25%) пациентов 1 группы определяли остаточную полость с редукцией ее объема. Исчезновение или значительный регресс клинических симптомов, имевших место до операции, установлены у 7 (87,5%) пациентов. У 8 (32%) пациентов 2 группы выявлены отдаленные послеоперационные осложнения. У 6 (24%) пациентов сохранялся болевой синдром вследствие повторного наполнения кист. При повторном наполнении единичных кист 3 пациентам выполнены радикальные операции. Остаточную полость с редукцией объема без клинических проявлений определяли у 2 пациентов после лапароскопической фенестрации.

Оценивая влияние метода лечения на осложнения в отдаленном периоде и клинические проявления, мы установили, что повторное хирургическое вмешательство требовалось пациентам, которым выполнено наружное дренирование. Радикальным методом лечения является лапароскопическая фенестрация и резекционные методы лапаротомным доступом.

Выводы. Применение малоинвазивного эндовидеохирургического способа лечения непаразитарных кист печени позволяет достигнуть снижения травматичности операций, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре, минимизировать осложнения, необходимость повторных операций. Наружное дренирование непаразитарных кист печени под УЗ-контролем предпочтительнее при наличии осложнений кист как подготовительный этап для проведения радикального лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Муравьёв П.Т.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Несмотря на высокий уровень развития современной хирургической панкреатологии, проблема лечения заболеваний головки поджелудочной железы, сопровождающихся механической желтухой, продолжает быть предметом многочисленных дискуссий и споров ввиду сохраняющейся малой медианы продолжительности жизни при раке и упорно рецидивирующем болевом синдроме при хроническом псевдотуморозном панкреатите.

Цель исследования: определить оптимальный объём подготовки и хирургическую тактику при проведении радикального оперативного вмешательства у больных с заболеваниями панкреатобилиарной зоны, сопровождающихся механической желтухой.

Материалы и методы. Произведен анализ результатов комплексного хирургического лечения 272 больных с патологией панкреатодуоденальной зоны, сопровождающейся явлениями гипербилирубинемии. Средний возраст больных составил 47,3 года, мужчин было 141 (51,8%), женщин – 131 (48,2%).

Всем больным на этапе госпитализации выполнялся общепринятый диагностический алгоритм, включающий обязательное выполнение общеклинических лабораторных и инструментальных методов исследования УЗИ, КТ, МРТ, ФЭГДС, по показаниям – ЭРХПГ, ПЭТ-КТ. Обязательным было определение уровней специфических онкомаркеров (РЭА, СА 19-9, СА 50, СА-242). При проведении генетического анализа в качестве дополнительных предикторов вероятной злокачественной трансформации использовали обнаружение типоспецифичных мутаций генов (полиморфизмов).

Рак головки ПЖ верифицирован у 174 (63,9%) больных, рак Фатерова соска – у 20 (7,4%), рак дистального отдела гепатикохоледоха- у 24 (8,8%) и хронический псевдотуморозный панкреатит- у 54 (19,9%) больных.

Результаты. Больным с высокими цифрами билирубинемии (свыше 200 мкмоль/л) и длительностью более двух недель выполнялись пункционные и лапароскопически ассистированные декомпрессии билиарного дерева – у 261 (95,9%) больного.

У 72 больных (основная группа) подготовка к выполнению основного оперативного вмешательства заключалась в проведении экспресс- детоксикации в режиме умеренного темпа желчеотведения по разработанной схеме. У больных контрольной группы (86 больных) проводилась обычная предоперационная подготовка. Сроки до начала снижения уровня холемии у больных основной группы были короче, чем у больных контрольной группы (на 41,2%), тогда как длительность разрешения холемии (или достижения допустимых её пределов) у больных контрольной группы была существенно больше (на 68,2%) ($p<0,01$).

ПДР с наложением панкреатодигестивного анастомоза по Уипплу выполнена у 38 (13,8%) больных, по методике Шалимова-Копчака – у 40 (14,6%) больных, дуктомукозный панкреатоеюноанастомоз сформирован – у 128 (47,0%) больных. Панкреатогастроанастомоз был сформирован у 35 (12,8%) пациентов с особо выраженной рыхлостью ПЖ. Способ формирования панкреатогастроанастомоза путем инвагинации культи железы в специально выкроенный с большой кривизны желудка «рукав» был использован у 32 (11,8%) пациента.

Согласно классификации Clavien – Dindo отмечены следующие послеоперационные осложнения: II ст. – 54 больных, III ст. – 8, IV ст. – 2.

Наиболее частым осложнением после ПДР была несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза (тип А и В по ISGPF) – 32 (11,7%) больных, послужившая причиной летального исхода в 14 случаях. Летальность составила 5,1%.

Выводы. Подготовка больных к выполнению ПДР должна быть строго индивидуальной и основываться на всестороннем обследовании с обязательным привлечением генетического анализа для верификации диагноза и возможного прогнозирования течения периоперационного периода, тщательной предоперационной подготовке (в аспекте как можно быстрого дозированного снижения пагубного влияния холемии на организм в целом), адекватной оценке интраоперационной ситуации и, в случае резектабельности процесса, правильном выборе способа формирования панкреатодигестивного анастомоза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Нурланбаев Е.К.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2016 гг в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова 119 пациентам выполнены различные оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени: неосложненной формы – 68,8%, осложненный эхинококкоз – 31,2%. По происхождению: первично выявленные – 101 (84,9%) пациент, рецидивный эхинококкоз – в 18 (15,1%) случаях, резидуального эхинококкоза печени не наблюдали.

Пациенты были оперированы разными способами (перицистэктомия и оставлением фиброзной капсулы). При эхинококкэктомии с оставлением фиброзной капсулы у 79 (66,4%) пациентов остаточная полость была ликвидирована следующим образом: а) абдоминизация остаточной полости у пациентов – у 31 (26%) пациентов; б) капитонаж остаточной полости – у 29 (24,4%) пациентов; в) оментопексия – у 9 (7,6%) пациентов; г) абдоминизация – у 40 (33,6%).

Мы провели ежегодное сравнение выполненных перицистэктомии с группой с оставлением фиброзной капсулы (имеется тенденция к увеличению): в 2013 г. перицистэктомии у 5 (17,9%) пациентов, в 2016 г. – у 17 (56,7%) пациентов. Также имеется тенденция к уменьшению эхинококкэктомия с оставлением фиброзной капсулы: в 2013 г. – у 23 (82,1%) пациентов, в 2016 г. – у 13 (43,3%) пациентов.

Результаты. Послеоперационные осложнения выявлены 21 (17,6%) пациентов: а) инфекционные осложнения – у 9 (7,5%) пациентов; б) билиарные свищи – у 6 (5,05%) пациентов; в) реактивный плев-

рит – у 6 (5,05%) пациентов. Послеоперационный койко-день составил в среднем 11,8 дней, максимально – 20 дней (у пациентов, которым выполняли капитонаж остаточной полости). Объем кровопотери составил от 100 до 400 мл. Летальных исходов не было.

Выводы. При выборе способа оперативного вмешательства необходимо учитывать размеры, локализацию кисты и заинтересованность магистральных сосудов и желчных путей. При невозможности выполнить перицистэктомию из-за интрапаренхиматозного расположения и заинтересованных магистральных ветвей желчных протоков, предпочтительней выполнить органосохраняющие операции с последующим назначением антипаразитарного лечения с целью предупреждения рецидива заболевания.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С «ТРУДНЫМ» ХОЛЕЦИЧТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Осипов А.В., Святненко А.В., Мартынова Г.В.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имю И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия
ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время проблема лечения пациентов с “трудным” холецистохоледохолитиазом далека от решения. Все чаще встречаются в литературе сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения в указанных случаях.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с «трудным» холецистохоледохолитиазом.

Материалы и методы. Выполнено 47 гибридных оперативных вмешательства в период с 2014 по 2017 годы. В группы пациентов с «трудным» холедохолитиазом включали больных с механической желтухой, осложненной холангитом легкой степени а также с крупными единичными конкрементами ОЖП (диаметром более 15 мм), с парафатериальными дивертикулами. Все вмешательства проводились в рентген-операционной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов составлял 59,6 лет. Выполнено 26 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией и литоэкстракцией. В указанных случаях производили первичный шов холедоха с дренированием ОЖП по Холстеду-Пиковскому. 8 пациентам с парафатериальными дивертикулами выполнено сочетание ЛСХЭ с дренированием, канюлированием ОЖП и последующей ЭПСТ и литоэкстракцией. В 13 случаях одномоментная операция включала ЛСХЭ и ЭПСТ.

Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 94,2 минуты, продолжительность госпитализации составила 9,6 дей. В 2 (4,3%) случаях наблюдался резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции. Других осложнений и летальных исходов не было.

Заключение. Гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с осложненным холецистохоледохолитиазом, требуется дальнейшее накопление опыта и анализ результатов указанных вмешательств.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Полехин А.С.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить результаты химиоэмболизации печеночных артерий **(**ХЭПА) в лечении пациентов с рецидивом гепатоцеллюлярного рака **(**ГЦР) после резекции печени.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 19 больных с рецидивом ГЦР после оперативного лечения (2006-2017). У 8 пациентов была выполнена гемигепатэктомия, у 6 бисегментэктомия, у 2 сегментэктомия и у 3 паратуморальная резекция с радиочастотной аблацией. Критерий Т (TNM) на момент операции: Т4=7, Т3=5, Т2=7. Время до прогрессирования составило от 1 до 44 (в среднем14) мес; у 10 пациентов с сопутствующим циррозом печени этот период составил 7 мес.

Всего выполнили 147 ХЭПА (от 1 до 20, в среднем 7 на больного). Осуществляли введение в собственную или долевые печеночные артерии суспензии Доксорубицина (10-60 мг) или Митомицина С (5-20 мг) в 5-10 мл Липиодола, после чего, как правило, производили окклюзию питающих сосудов мелкими фрагментами гемостатической коллагеновой губки (n= 18). У 1 пациента суперселективная ХЭПА выполнена микросферами, насыщенными 50 мг Доксорубицина. У 3 пациентов дополнительно выполнили 5 сеансов РЧА: с целью улучшения противоопухолевого воздействия – 1; при окклюзии артерий печени – 4.

Оценку результатов лечения и решение о повторных ХЭПА производили посредством контроля уровня АФП, МСКТ и МРТ спустя 3-4 нед. ХЭПА повторяли через 1-8 (в среднем 2,3) мес.

Результаты. Постэмболизационный синдром – боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, лихорадку – наблюдали у 6 пациентов (32%). В одном случае отмечено нарастание печеночной недостаточности, потребовавшее экстракорпоральной детоксикации.

Прогрессирование ГЦР выявлено у 3 (16%), прогрессирование цирроза печени у 2 (10%) больных; они умерли в сроки от 12 до 96 (в среднем 37,8) мес. Живы 14 пациентов (74%) в течение 3-107 (в среднем 43) мес; продолжается их динамическое наблюдение и лечение. 1-2-3-5-летняя актуриальная выживаемость составляет 100-74-31-26% соответственно.

Выводы. ХЭПА является эффективной и безопасной методикой лечения послеоперационного рецидива ГЦР и улучшает показатели выживаемости. РЧА позволяет улучшить локальный контроль над «ХЭПА-резистентными» очагами, а также при утрате сосудистого доступа.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Саидмуродов К.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 103 больных повреждениями желчных протоков. 78 больных оперированы по поводу пересечения (9), иссечения (38) и иссечения с лигированием проксимальной культи гепатикохоледоха (ГХ) (31). 11 пациентов по поводу пристеночного краевого ранения, 14 – по поводу клипирования или лигирования без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конфлюэнс – у 10. Повреждения желчных протоков выявлены интраоперационно у 28 (27,2%) больных, в раннем послеоперационном периоде – у 75 (72,8%). Реконструктивные операции выполнены 57 (55,3%) больным, восстановительные операции 42 (40,8%) больным, у 4 (3,9%) больных ограничились наружным дренированием проксимальной культи ГХ. При полном пересечении и иссечении желчных протоков 19 больным было выполнено наложение билиобилиарного анастомоза, у 17 (89,5%)

из них в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура ГХ. 55 больным было выполнено реконструктивные операции: 45 больным ГепЕА и 10 больным ГепДА. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (90%) больных после ГепДА и у 4 (8,9%) больных после ГепЕА наблюдали стриктуру билиодигестивного анастомоза. Из 14 больных с лигированием ГХ без пересечения 12 было выполнено снятие лигатуры и 2 был наложен ГепЕА, из них у 5 в отдаленном периоде наблюдали стриктуру ГХ. 11 больным с краевым повреждением выполнено ушивание протока на дренаже Кера с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: характер повреждения, уровень повреждения, сроки выявления повреждения и вид оперативного вмешательства. Характер повреждения – это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных повреждениями желчных протоков. В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (23,3%) больных, в отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (36,4%) больных. Локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков. При повреждении на уровне «+1» осложнения наблюдали у 9 (21,4%) и 15 (38,5%) больных, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. При высоких повреждениях на уровне «0, -1, -2» в ближайшем послеоперационном периоде осложнения выявлено у 12 (32,4%) больных и у 13 (39,4%) больных в отдаленном послеоперационном периоде. Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм желчных протоков МЖП (у 84,3% пациентов). После восстановительных операций наблюдали осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, соответственно у 2 (6,5%) и 22 (75,9%) больных. После реконструктивных операций у 16 (28,1%) больных выявлены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и у 13 (23,2%) в отдаленном послеоперационном периоде.

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Рузимуродов Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) и его осложнения, сами по себе, служат прямым показанием к операции и своевременная диагностика важна как для определения показаний к операции, так и для адекватного выбора объема, метода лечения и обеспечения благоприятного исхода не только в раннем послеоперацинном периоде, но и в отдаленные сроки.

Материалы и методы. В РКБ №1 МЗ РУз (клической базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии ТМА) за период с 2014-2016 гг. было обследовано 386 больных с ЖКБ. Из них 146 больных с хроническим калькулезным холециститом, 240 больных с острым калькулезным холециститом.

Результаты. У всех больных был до 10 лет и более анамнез ЖКБ. В клинико-биохимическом исследовании в 227 (58,8%) случаях от общего числа больных была выявлена гипербилирубинемия (в среднем – 75,6±15,5 ммоль/л.). У больных с острым калькулезным холециститом и особенно острым обтурационным калькулезным холециститом наиболее характерным было повышение лейкоциарного индекса интоксикации (ЛИИ) – в среднем 6,4±2,2.

В 114 (29,5%) случаях от общего число больных на основании объективного осмотра и данных УЗИ была обнаружена картина острого калькулезного холецистита без блока пузырного протока. Из них у 6 больных было расширение холедоха до 1,0 см и первым этапом было произведено ЭРПСТ с холедохоэкстракцией конкремента и после купирования приступа была произведена лапароскопическая холецистэктомия.

При УЗИ выявлено наличие холецистолитиаза у 146 больных госпитализированных с хроническим калькулезным холециститом, у 48 из них был сморшенный желчный пузырь с конкрементами, у 17 из них выявлено расширение холедоха (у 4 было определено наличие конкремента в терминальном отделе холе-

доха, размером до 8 – 10 мм в диаметре). Из 146 больным 128 произведена холецистоэктомия, а 17 больным первым этапом выполнена РЭПСТ с литоэкстракцией конкремент с последующей на 3-4- сутки ЛХЭК.

Из 240 больных поступивших с острым приступом ЖКБ у 126 на УЗИ выявлен острый обтурационный холецистит и расширение холедоха более 0,7 см выявлено у 98 больных. На основании полученных параклинических и УЗИ исследований 98 больным было произведено ЭРПХГ. При этом в 95 случаях был выявлен холедохолитаз, а у 3 больных холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС.

Заключение. Своевременная дооперационная ультразвуковая диагностика и определение холедохолитиаза у больных с ЖКБ, позволяет правильно спланировать ход операции для обеспечения благоприятного исхода не только в раннем послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки.

ДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИСТИННЫХ АНЕВРИЗМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Соколовский П.А., Желдак А.Ч.

УЗ «10-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь
Городской центр гастродуоденальных кровотечений, Минск, Беларусь

Введение. Истинные аневризмы парапанкреатических артерий (АПА),к которым относятся аневризмы гастродуоденальной (ГДА) и панкреатодуоденальной (ПДА) артерий являются редко встречаемой патологией – ~3,5% от всех аневризм висцеральных сосудов (2% – для ПДА и 1,5% – для ГДА). Из осложнений этой патологии в литературе описываются разрывы АПА с кровотечением в брюшную полость в виде случаев из практики. Описания кровотечений в просвет ДПК, как осложнения истинных АПА, нами не встречались.

Цель исследования: продемонстрировать редкую причину дуоденальных кровотечений неязвенной этиологии; наметить возможную оптимальную тактику диагностики и лечения истинных АПА, осложненных формированием артериодуоденального соустья и дуоденальным кровотечением.

Материалы и методы. В период с 2010 по апрель 2017 гг. в Городском Центре гастродуоденальных кровотечений (ЖКК) г. Минска оперировано 2 пациента мужского и женского пола по поводу АПА с дуоденальным кровотечением. Возраст обоих пациентов составил 61 год. У обоих пациентов была клиника желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), которая проявлялась меленой, рвотой кровью, слабостью. У обоих пациентов наблюдалась клиника продолжающегося кровотечения с кровопотерей тяжелой степени.

Результаты. Пациентам проводили экстренную ФЭГДС. Вероятный источник кровотечения трактовался, как острая поверхностная язва малых размеров, синдром Дьелафуа или панкреато-дуоденальное соустье. Других изменений со стороны ДПК выявлено не было. У одной пациентки был достигнут временный эндоскопический гемостаз.

С целью дообследования компьютерная томография проводилась у 1 пациента – выявлено аневризматическое расширение гастродуоденальной артерии, интимно прилежащее к луковице ДПК. У одной пациентки выполнена ангиография сосудов чревного ствола с попыткой спиральной эмболизации аневризмы.

Обоим пациентам проводили интенсивную консервативную терапию, включавшую инфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию, гемо-плазмотрансфузию.

Ввиду невозможности достижения стабильного гемостаза обоим пациентам было выполнено экстренное хирургическое вмешательство.

Интраоперационно в обоих случаях при первичной ревизии со стороны стенки ДПК визуально и пальпаторноубедительных дефектов не определялось.

При вскрытии сальниковой сумки, ревизии панкреатодуодельной зоны, по ходу гастродуоденальной артерии определялось аневризматическое расширение, прилежащее к стенке ДПК на уровне в одном случае D1 по задней стенке, в другом – D2 по медиальной стенке.

Выполнялось выделение аневризмы на протяжении, проксимальное и дистальное лигирование. Иссечение стенки ДПК с соустьем, дуоденопластика прецизионными швами.

Релапаротомий, летальных исходов не было.

Заключение. Истинные АПА, осложненные формированием артериодуоденального соустья и дуоденальным кровотечением встречаются редко, дооперационная и интраоперационная диагностика может быть затруднительна. Данная патология требует радикального хирургического вмешательства ввиду невозможности достижения стабильного гемостаза консервативными и миниинвазивными методами, которые можно рассматривать как один из этапов лечения.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Токаренко Е.В., Баранников А.Ю.

ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия

Цель исследования: улучшить результат лечения пациентов со стриктурами желчных протоков.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2017 гг. в ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодара находились на лечении 19 пациента со стриктурами желчных протоков, после абдоминальных оперативных вмешательств. Из них после холецистэктомии лапаротомным доступом – 7 (36,8%) пациентов, лапароскопическим – 8 (42,1%), ретроградной эндоскопической панкреатикохолангиографии – 2 (10,5%) пациентов, правосторонней гемиколэктомии – 1 (5,3%) пациента, левосторонняя гемигепатэктомии – 1 (5,3%) пациента. Из них экстренные операции выполняли у 10 (52,6%) пациентов, плановое – 9 (47,4%). Интраоперационно ятрогенные повреждения желчных протоков выявлены у 5 (26,3%) пациентов. До 5 суток ятрогенная травма выявлена у 8 (42,1%) пациентов, после 5 дней – 1 (5,3%) и отдаленная стриктура – 5 (26,3%) пациентов. Учитывали характер повреждения желчевыводящих путей: пересечение желчных протоков у 2 (10,5%) пациентов, иссечение – у 9 (47,4%), краевое ранение – у 4 (21%), пересечение с правой печеночной артерией – у 1 (5,3%), характер ятрогенной травмы установить не удалось у 3 (15,8%) пациентов. Всем пациентам раннее выполняли восстановительные или реконструктивные операция по поводу ятрогенной травмы желчных протоков. В отдаленном послеоперационном периоде лечение стриктур проводилось чреспапиллярные и чрескожные технологии под контролем лучевых методов.

Результаты. В отдаленном послеоперационном периоде пациенты, у которых развилась высокая стриктура желчных протоков – 12 (63,2%) применялись чрескожные антеградные технологии под контролем лучевых методов. Выполнялась чрескожная фистулография желчных протоков, баллонная дилатация зоны стриктуры, наружно-внутреннее каркасное дренирование полипропиленовым эндопротезом с заменой каждые 6 месяцев. У пациентов с низкими стриктурами желчных протоков – 7 (36,8%), применяли ретроградные рендгенэндобилиарные методы лечения. После проведения ретроградной холангиографии, продленным стриктурам проводилась баллонная дилатация с последующей постановкой полипропиленового эндопротеза, с заменой стента каждые 3 месяца, увеличивая диаметр. Сроки каркасного дренирования составили 1,5 года. Применение минимально травматичных технологий способствовало уменьшению у пациентов числа послеоперационных рестриктур. Так в отдаленном периоде рестриктуры развились у 20,1% пациентов, у 2 (10,5%) пациентов после чрескожных технологий и у 2 (10,5%) после ретроградных методов лечения. В одном случае выполнена «открытая» реконструктивная операция в остальных 3-х случаях применялись минимально инвазивные технологии. В данный момент пациенты находятся под динамическим наблюдением. Летальных исходов в исследуемых группах не наблюдалось.

Заключение. Миниинвазивные рентгенэндобилиарные методы лечения, у пациентов со стриктурами желчных протоков по поводу ятрогенной травмы, в послеоперационном периоде можно считать альтернативой «открытых» хирургических вмешательств на желчевыводящих путях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ БЛОКЕ НА УРОВНЕ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА

Филин А.А., Кузнецов А.И.

ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить показания и оптимальный способ разгрузки механической желтухи, вызванной опухолевом блоком на уровне общего печеночного протока. Блок общего печеночного протока с сохраненным конфлюенсом является не слишком частым (19%) в общей структуре опухолевого поражения желчного дерева.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2017 гг. в ЛОКБ пролечено 272 пациента с механической желтухой опухолевого генеза. Из них у 52 пациентов по данным различных исследований выявлен опухолевый блок на уровне общего печеночного протока с сохраненным конфлюенсом. Основными причинами, вызывающими блок на данном уровне, были первичный рак общего желчного протока и общего печеночного протока (рак Клацкина I и II степени по Bismuth) – 75% (у 39 пациентов, в 17% случаев (9 пациентов) причиной желтухи был рак желчного пузыря с переходом на общий печеночный проток, а в 4 случаях (8%) причиной было метастатическое поражение гепатодуоденальной связки при онкогематологических заболеваниях, либо раке желудка.

При диагностике механической желтухи опухолевого генеза принципиальным моментом считали уровень блока, а не его первопричину, поскольку именно уровень блока является необходимой информацией при выборе способа хирургического лечения. Уровень опухолевой стриктуры определяли по данным УЗИ (100% пациентов), и МРХПГ (92% пациентов), а также дополнительными методиками, такими как фистулография, при наличии дренажа в желчном дереве. Учитывая низкий процент операбельности данной группы больных (15%), разгрузка механической желтухи являлась приоритетным направлением лечения. Применялись методики ЧЧХ-дренирования и эндоскопическое ретроградное дренирование протоков различными вариантами стентов.

Результаты. Чрескожно-чреспеченочное дренирование выполнено 22 пациентам, первично выполнено эндоскопическое стентирование – 27 пациентам. Первично выполнено холецистостомия 3 пациентам, которая оказалась неэффективна и потребовала в последующем ЧЧХ дренирования. ЧЧХ дренирование было неэффективно у 2 (9%) пациентов, стентирование было неэффективно у 4 (14,8%)пациентов. Критерием эффективности считали достоверное (более 30%) от исходного снижения билирубина в течении первых 5 суток. Заметим, что у пациентов с неэффективным стентированием было выполнено ЧЧХ дренирование, а у пациентов с неэффективностью ЧЧХ дренирования протоков удалось добиться эндоскопическим стентированием. Летальных исходов не было в данной группе пациентов.

Осложнения при ЭС возникли у 3 пациентов – 2 случая холангита, купированы консервативно антибактериальной терапией, в одном случае развилось кровотечение из зоны папиллотомии, которое потребовало эндоскопического гемостаза. При ЧЧХ осложнения развились в 2 случаях в виде желчеистечения в брюшную полость и плевральную полость, потребовавшие наружного дренирования. У 2 пациентов при выполнении ЭРХПГ и ЭПСТ выявлен микохоледохолитиаз с холангитом, которые успешно купированы холедохолитоэкторакцией, с последующим стентированием.

Заключение. При блоке на уровне общего печеночного протока эндоскопическое дренирование является методом выбора, поскольку является достаточно эффективным, относительно безопасным методом. Также после успешного эндоскопического стентировани я у всех пациентов с механической желтухой опухолевого генеза отмечается наилучшее качество жизни.

ПРИМЕНЕНИЕМ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМОВ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Фомин В.С., Стручков В.Ю., Фомина М.Н., Гудков Д.А., Бауткин Д.А., Тегай Р.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: коррекция синдромов энтеральной недостаточности (ЭН) и интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) внедрением метода резонансной стимуляции (РС) перистальтической активности ЖКТ в лечении острого панкреатита тяжелого течения (ОПТТ).

Материалы и методы. В ходе работы проведен анализ исходов лечения 47 пациентов с ОПТТ за период 2015-2016 гг. Все пациенты госпитализированы по каналу скорой медицинской помощи. В оценке тяжести ОП нами применены шкала Apache II и критерии Ranson. Пациенты, включенные в исследование, соответствовали среднетяжелой/тяжелой степени тяжести ОП. Гендерное распределение с преобладанием мужского пола (80,8%), среди этиоформ доминировали алкогольный и билиарный ОП. Все пациенты разделены на группы: основная (проспективно – 25 пациентов) и группа сравнения (ретроспективный анализ – 22 пациента). Анализируемые группы были полностью соизмеримы по возрасту, полу и тяжести ОП. В группе сравнения проводилось лечение ОПТТ согласно приказу №320 и НКР (2015). Пациентам 1 группы в лечении ОП для профилактики прогрессирования внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и коррекции ЭН проводились сеансы РС ЖКТ на протяжении Мср 5,7±1,7 суток. Длительность РС варьировала 1,5 час – 6,9 час, Мср 3,8±1,2 часа. ИАГ мониторировалась трансвезикально по Kron (1984). Градация степеней ИАГ соответствовала решению Конгресса Abdominal-Compartment Syndrome (2007).

Результаты. Для контроля нарушений перистальтической активности в группах исследования проводился анализа моторно-эвакуаторной функции ЖКТ методом селективной полиграфией. Исходно активность возбудимых структур в обеих группах не превышала 9,7±4,8 мкВ. В группе сравнения выполнялся лишь мониторинг, а в основной группе проводилась последовательная стимуляция всех структур пищеварительного тракта с минимальной экспозицией 1,5 -2 часа в стандартных режимах. В ходе наблюдений нами получены ответы возбудимых структур всех стимулированных отделов ЖКТ с амплитудой вызванных сигналов до 76±8 мкВ. При этом к 4 сеансу получена синхронизация ответов всех стимулированных отделов с сохранением активности при фоновых режимах стимуляции и ростом максимальной чувствительности до 138±29,1 (к исходу 6 сеанса) мкВ. Отмечены отдельные периоды активности возбуждения всех отделов ЖКТ с увеличивающейся амплитудой регистрируемых сигналов до 200-250 мкВ. В ходе мониторинга ИАГ 1 ст отмечена у 12 пациентов группы 2 и 14 пациентов группы 1, ИАГ на начало исследования в 1 группе составила 14,4±3,9 мм.рт.ст., а в группе 2 – 13,9±3,2 мм.рт.ст. ($p \geq 0,05$). На момент истечения 1 фазы панкреонекроза (к 6-7 суткам наблюдения и соответственно стимуляции) ИАГ в основной группе на превышала 7,2±3,1 мм.рт.ст. (при физиологически допустимых колебания до 7 мм.рт.ст.), в то время как значения в группе сравнения составляли 10,9±4,1 мм.рт.ст. ($p \leq 0,05$), а у 4 пациентов отмечались признаки 1 степени ИАГ (значения более 12 мм.рт.ст.) и, соответственно, риск развития ЭН и потенцирование «порочного круга» полиорганной дисфункции при ОПТТ.

Выводы. Прогностическое значение измерения, стабилизации, а также уменьшения степени ИАГ у больных ОПТТ является одним из основополагающих моментов патогенетической терапии, позволяющей минимизировать риск полиорганной дисфункции, в том числе ЭН. Считаем обоснованным применение различных методик стимуляции, в том числе и РС ЖКТ в комплексной терапии ОП, особенно при выявлении тенденции повышения внутрибрюшного давления.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОБИЛИАРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ГИЛЮСНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ

Францев Д.Ю., Шориков М.А., Лаптева М.Г.

НИИ Клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Несмотря на длительный опыт применения эндобилиарной фотодинамиеческой терапии (ФДТ) у больных гилюсной карциномой, вопросам оборудования для доставки и рассеяния света, выбора режимов, времени фотовоздействия, периоперационному ведению пациентов в доступной литературе не уделяется достаточно внимания, что делает методические аспекты эндобилиарной ФДТ актуальной темой исследования (Lee T.Y. с соавт., 2016).

Материалы и методы. С февраля 2008 по март 2017гг в РОНЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ было проведено 139 сеансов (от 1 до 10, медиана 2.0) эндобилиарной ФДТ 49 пациентам (28 (57,1%) мужчин, 21 (42,9%) женщина) с морфологически подтвержденным диагнозом опухоли Клатскина (тип IV по Bismuth-Corlette) в возрасте от 21 до 75 лет, не подлежащих хирургическому лечению. Все больные имели от 1 до 4 (в среднем 2.0) чрескожных чреспеченочных холангиостомических дренажа. Использовали фотосенсибилизаторы второго поколения (радахлорин, фотолон, фотодитазин), вводимые за 2-5 ч (медиана 4) до фотоактивации. Пошаговое облучение пораженных протоков выполняли посредством световодов диаметром до 600 мкм с диффузором длиной 2,3 или 6 см, осуществляющим цилиндрическое светорассеяние. Доставку и позиционирование диффузора осуществляли при помощи различных устройств:

1) эндобилиарного толстостенного интродьюсера (9-10Fr);

2) устройства с соединенными по типу «двустволки» световодом и микрокатетером (2,7 Fr);

3) прозрачного катетера (7 Fr) с рентгеноконтрастной меткой и «открытым» торцевым концом.

Лазерное облучение (аппарат МИЛОН-ЛАХТА, РФ) проводили в импульсном или непрерывном режимах. Суммарная доза облучение подбиралась индивидуально в зависимости от распространенности поражения протоков и переносимости фотовоздействия и составила от 64,6 Дж до 3240 Дж (медиана 733,5 Дж). Методику оценивали с точки зрения удобства выполнения процедуры для интервенционного радиолога, а также риска развития интра- и ранних послеоперационных реакций или осложнений. Интраоперационные реакции (болевой синдром различной степени выраженности, эпизоды гипер-/гипотонии, тахи-/брадикардия, потрясающего озноба, тошнота и рвота) расценивались как слабо выраженные (купируемые медикаментозно), средней степени выраженности и тяжелые (потребовавшие снижения мощности/дозы излучения и остановки процедуры, соответственно).

Результаты. Интра/послеоперационной летальности не было. Интраоперационные реакции, потребовавшие прекращения интервенционного вмешательства отмечались в 4 наблюдениях (2,9% на вмешательство), снижения удельной мощности излучения в 7 наблюдениях (5% на вмешательство). В той или иной степени болевой синдром отмечался у всех пациентов. К ранним послеоперационным осложнениям относили: эпизод брадикардии (ЧСС до 30 уд./мин) в 1 наблюдении, абсцессы печени в 1 наблюдении и эмпиема желчного пузыря в 2 наблюдениях. Необходимость прекращения вмешательства, снижения удельной мощности или появление осложнений после процедуры не зависели от использованного препарата (критерий хи-квадрат, $p>0,37$), суммарной и удельной доз (критерий Краскалла-Уоллиса-Данна, $p>0,08$). Удельная мощность приводившая к необходимости ее снижения достоверно отличалась от удельной мощности у остальных больных, медиана составила 96,8 мВт/см^2 по сравнению с 64,5 мВт/см^2. Наличие осложнений или необходимость прекратить процедуру достоверно от удельной мощности не зависела ($p>0,3$).

Выводы. Эндобилиарная фотодинамическая терапия является относительно хорошо переносимым с точки зрения интраоперационных реакций и ранних послеоперационных осложнений методом лечения. Для обеспечения максимального комфорта и безопасности пациента требуется дальнейшая разработка методических аспектов этой процедуры

ОЦЕНКА СПОСОБОВ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Хлобыстина А.Г., Диникин С.М.

СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Проанализированы различные способы обработки раневой поверхности печени у 103 больных при выполнении им операций с целью удаления метастатических очагов. Оценена их гемостатическая эффективность, а также частота возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде. Чаще всего, в 30,1% случаев, раневая поверхность печени ушивалась отдельными П-образными швами викриловой нитью №1 на печеночной атравматической игле, в 18,4% случаев ушивание дополнялось укладыванием на раневую поверхность пластин тахокомба, в 14,6% случаев гемостаз достигался аргоноплазменной коагуляцией. Кроме того, использовали сочетание таких методов, как ушивание с аргоноплазменной коагуляцией и аргоноплазменная коагуляция с применением тахокомба.

Анализ показал, что все выше перечисленные методы могут с успехом быть использованы для создания надежного гемостаза. В послеоперационном периоде осложнения в зоне операционного поля развились у 32 (31,1%) больных. Чаще всего осложнения возникали у пациентов, которым выполнялась аргонноплазменная коагуляция, а также аргоноплазменная коагуляция с дополнением других методов. У больных, которым проводили лишь ушивание раневой поверхности печени достигался не только надежный гемостаз, но и гораздо реже встречались послеоперационные осложнения. Частота осложнений при полном ушивании раневой поверхности печени составляла 18,8%.

Таким образом, для гемостаза раневой поверхности печени после удаления метастатических очагов с успехом может быть использован арсенал всех современных приемов и средств. Однако, для профилактики послеоперационных осложнений, наиболее надежным является простое ушивание с использование атравматических печеночных игл.

ОЦЕНКА ЛОКАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЭНДОБИЛИАРНОЙ ФДТ С ПОМОЩЬЮ МРТ У НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЬЮ КЛАЦКИНА

Шориков М.А., Лаптева М.Г., Францев Д.Ю.

НИИ Клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Хотя достоверное увеличение продолжительности жизни неоперабельных больных опухолью Клатскина, перенесших эндобилиарную фотодинамическую терапию (ФДТ), было показано в проспективных рандомизированных исследованиях более 10 лет назад (Orthner M.E. с соавт., 2003, Zoepf T. с соавт., 2005), оценка локального эффекта этого вмешательства остается неразработанной до настоящего времени.

Цель исследования: выявление параметров МРТ, исследование которых целесообразно для оценки локального эффекта ФДТ у больных опухолью Клацкина.

Материалы и методы. В исследование включены 12 неоперабельных больных опухолями Клацкина (тип IV по классификации Бисмута), которым было выполнено 29 сеансов ФДТ в период с 2012 по 2017 гг.

Ретроспективно проанализированы данные попарных 58 МР-исследований, выполненных в сроки от 1 недели до 2 месяцев (медиана 20 дней) до проведения ФДТ и через 0,5-6 месяцев (медиана 2,7 месяца) после; в дополнительную группу были выделены пары исследований, сделанных до и после первой ФДТ. Были проанализированы следующие изображения, полученные на 1,5 Тл МР-томографе: Т2-ВИ HASTE с подавлением сигнала от жировой ткани (программа для лучшей визуализации жидкости, воспаления и отека), Т2-ВИ BLADE с подавлением сигнала от жировой ткани (программа с лучшим тканевым контрастом), ДВИ с построением карт ИКД.

Производили оценку уровня и неоднородности МР-сигнала по Т2-ВИ обоих типов, по ИКД, циркулярного размера опухолевого инфильтрата на уровне верхней трети гепатикохоледоха. Для нормировки сигнала использовались уровни сигнала на тех же типах изображений, полученные в селезенке, длинной мышце спины, в паренхиме печени вдали от инфильтрата (под куполом диафрагмы).

Результаты. После первого сеанса ФДТ отмечали увеличение уровня сигнала: при нормировке к мышце на Т2-ВИ HASTE ($p<0,011$), Т2-ВИ BLADE ($p<0,047$), при нормировке к паренхиме печени на ИКД-картах ($p<0,009$), что может быть связано с увеличением воспалительных изменений, появлением отека в опухоли. Размеры инфильтрата после первого сеанса ФДТ достоверно увеличивались ($p<0,041$), а не уменьшались. Из описанных зависимостей для всех ФДТ сохранилось увеличение уровня сигнала на Т2-ВИ при нормировке к мышце ($p<0,014$). Дополнительно отмечали увеличение уровня сигнала селезенки ($p<0,004$).

Выводы. После проведения ФДТ после первого сеанса характерно увеличение уровня сигнала на обоих типах Т2-ВИ и ИКД, что может соответствовать воспалительной реакции и отеку, размер инфильтрата при этом увеличивается, но это не является негативным прогностическим признаком. Для всех ФДТ характерно увеличение сигнала только на Т2-ВИ HASTE. Авторы надеются, что полученные данные помогут оценивать результаты лечения у больных неоперабельных больных опухолями Клацкина и давать лучший прогноз течения заболевания.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОМОЩИ МРТ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ GD-BOPTA

Шориков М.А., Поляков П.А., Францев Д.Ю.

НИИ Клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия
ФГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.Н. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Магнитно-резонансное контрастное средство (МРКС) Gd-BOPTA (гадобеновая кислота) экскретируется как печенью, так и почками. В экспериментальных работах было показано, что лигирование желчного протока у крыс достоверно снижает печеночно-почечный индекс (т.е. соотношение экскреции МРКС печенью к почкам) по сравнению с таковым у животных контрольной группы (Kirchin M., 2015). В клинической практике печеночно-почечный индекс не исследовался.

Цель исследования: оценить функцию печени при помощи Gd-BOPTA на основе печеночно-почечного индекса, оценить связь накопления МРКС печенью с состоянием желчных протоков.

Материалы и методы. 25 пациентов с нормальным уровнем билирубина были включены в исследование: группа I – с холестатическими заболеваниями печени после билиарной декомпрессии – 15 (60,0%) больных (опухоль Клацкина – 14, первичный склерозирующий холангит – 1); группа II – с нормальными желчными протоками – 10 (40,0%) пациентов (метастатические нейроэндокринные опухоли). Исследование проводили на 1,5 Тл МР-томографе. Трехмерные Т1-взвешенные изображения (Т1-ВИ) были получены до внутривенного контрастирования и после введения 10 мл Gd-BOPTA: в артериальную, портальную, венозную и отсроченные (1, 20 и 40 минут) фазы. Области интереса были выбраны в печени и почках. Диаметр желчных протоков оценивался по данным МР-холангиопанкреатографии. У одного пациента были проанализированы два МР-исследования, полученные с разницей в месяц: при первом исследовании в качестве МРКС использовалось Gd-BOPTA, при второй Gd-DTPA. Т2-взвешенные изображения (Т2-ВИ), ДВИ с построение ИКД карт были дополнительно оценены у этого больного для выявления признаков фиброза.

Результаты. Внутрипротоково Gd-BOPTA выявили у 3 пациентов первой группы и у всех пациентов второй группы. Отношение сигнала печени к сигналу почки было достоверно меньше в группе один при наличии слабовыраженной гепатобилиарной фазы ($p<0,02$). Была выявлена корреляция между диаметром протока и сигналом печени на 20 и 40 минуте после введения ($r=0,5$, $p<0,005$), которая выявлялась только при оценке обеих фаз в совокупности, корреляция каждой фазы в отдельности достоверной корреляции

не показала ($p>0,05$). У пациента с двумя исследованиями определяли признаки фиброза по ДВИ+ИКД и Т2-ВИ в IV-V сегменте: при исследовании с отношение сигнала печени к почкам в этой области было достоверно меньше, чем в VIII сегменте печени ($p<0,05$), эти отличия не выявляли при исследовании с Gd-DTPA ($p<0,05$).

Выводы. Пациенты с холестатическими заболеваниями печени демонстрируют смещение экскреции в сторону почек даже после декомпрессии и нормализации уровня билирубина, снижение печеночно-почечного отношения может отражать сниженную функцию печени. Также обнаружена корреляция между диаметром протоков и уровнем сигнала при исследовании с контрастным усилением у этих больных.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ XXIV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»,
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 19-22 СЕНТЯБРЯ 2017 Г.
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:
ПОД РЕД. ВИШНЕВСКОГО В.А.,
БАГНЕНКО С.Ф., СТЕПАНОВОЙ Ю.А..

1 эл. опт. диск (CD-ROM)
СПб.: Альта Астра, 2017
Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; Adobe Reader 7.0
ISBN 978-5-905498-74-9

© ФГБУ ИХ Вишневского, 2017
© ФГБОУ ВО ПСПбГМУ, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО "Альта Астра", оформление, 2017