

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Владимир Дмитриевич Фёдоров . . . . .</b>	<b>1</b>
<b>Материалы XVIII Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» 14–16 сентября 2011 года, Москва . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>I. Повторные и реконструктивные операции на поджелудочной железе при хроническом панкреатите . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>II. Нерешенные вопросы профилактики, диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома . . . . .</b>	<b>.35</b>
<b>III. Повторные операции на печени при злокачественных и незлокачественных очаговых ее поражениях . . . . .</b>	<b>.91</b>
<b>IV. Другие актуальные проблемы хирургического лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы . . . . .</b>	<b>121</b>
<b>V. Секция работ молодых ученых «Проблемы диагностики и хирургического лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы» . . . . .</b>	<b>353</b>
<b>VI. Оглавление . . . . .</b>	<b>392</b>

## ВЛАДИМИР ДМИТРИЕВИЧ ФЕДОРОВ

17 сентября 2011 года исполняется год со дня смерти директора ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, выдающегося российского хирурга, ученого, педагога, академика Российской академии медицинских наук Владимира Дмитриевича Федорова. Работа XVIII Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ посвящена его памяти.

В 1956 году, после окончания 2 Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова В.Д. Федоров поступил в клиническую ординатуру, а затем аспирантуру кафедры госпитальной хирургии, которую возглавлял заслуженный деятель науки РСФСР, Герой Социалистического Труда, профессор В.С. Маят, под руководством которого произошло становление Владимира Дмитриевича как хирурга. Уже в 1960 г. В.Д. Федоров стал ассистентом кафедры, а через три года он успешно защитил кандидатскую диссертацию по теме «Измерение давления в полостях сердца и крупных сосудах во время митральной комиссуротомии». Кафедра госпитальной хирургии оказала огромное влияние на становление В.Д. Федорова и как педагога. Так с 1966 года на протяжении пяти лет он работал в должности доцента кафедры, совершенствуя свое мастерство хирурга и преподавателя. Решимость, умение принять ответственность в нестандартных ситуациях — отличительные черты его характера. Так, у больных с абдоминальной ишемией он первым в СССР в 1962-1966 гг. выполнил 5 эмболектомий из верхней брыжеечной артерии. А созданные им в 1965-1974 гг. рациональная клиническая классификация и принципы лечения перитонита, позволившие снизить летальность при распространенном воспалении брюшины более чем в два раза, не потеряли своего значения и поныне. Практические результаты проведенной работы легли в основу научного исследования, завершившегося блестящей защитой докторской диссертации «Комплексное лечение перитонита» (1972) и написанием монографии «Лечение перитонита» (1974).

Молодой, перспективный ученый был направлен на новый участок работы. Его усилиями создавалось новое практическое и научное направление в хирургии — колопроктология. По инициативе Минздрава РСФСР Владимир Дмитриевич в 1972 г. назначается директором и руководителем хирургического отдела Научно-исследовательской лаборатории по проктологии с клиникой (ныне Государственный научный центр Колопроктологии Росздрава).

Под руководством В.Д. Федорова и при его непосредственном участии изучается распространен-



ность болезней толстой кишки, разворачивается сеть проктологических кабинетов и отделений по всей, в то время необъятной, стране, разрабатываются нормативы и методические документы по созданию специализированной проктологической службы. Колопроктология становится не только самостоятельной специальностью, но и отдельной отраслью здравоохранения. В 1976 г. по инициативе В.Д. Федорова создается первая в СССР кафедра проктологии (ЦОЛИУВ), заведующим которой он являлся в течение 12 лет.

За 16 лет работы в НИИ Проктологии им разработаны и выполнены сложнейшие реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке, комбинированные и сочетанные операции при колоректальном раке. С 1987 г. живет пациент, которому по поводу обширного рецидива рака прямой кишки была произведена первая в СССР гемикорпорэктомия. К числу уникальных разработок академика В.Д. Федорова можно отнести новые методы лечения наиболее тяжелых заболеваний в колопроктологии, таких как рак прямой кишки с созданием специальной системы реабилитации больных путем внедрения сфинктеросохраняющих операций, реконструктивных вмешательств с формированием запирающих устройств и пластики сфинктера из приводящих мышц бедра и гладкомышечных манжеток. Расширенные и комбинированные операции при раке толстой кишки и диффузном полипозе легли в основу оригинальной так-

тики выполнения одномоментных комбинированных вмешательств на нескольких органах при сочетании различных доброкачественных и злокачественных поражений органов живота, брюшинного пространства, легких.

Монографии “Воспалительные заболевания толстой кишки” (1982), “Каудальные тератомы у взрослых больных” (1984), “Диффузный полипоз толстой кишки” (1985), “Мегаколон у взрослых” (1986), руководство для врачей “Проктология” (1984), «Клиническая оперативная проктология» (1994) стали настольными книгами практических специалистов и ученых и создали теоретическую базу новой специальности.

Апрель 1988 г. стал новой отправной точкой в развитии научной и организаторской деятельности академика РАМН В.Д. Федорова — он был назначен директором Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР и почти одновременно главным хирургом МЗ СССР. В Институте возникли и получили развитие новые научные направления, уникальные методы диагностики и лечения. Под руководством В.Д. Федорова разработаны и внедрены в практику методы лапароскопической и торакоскопической хирургии, разработаны семиотика и диагностика многих хирургических заболеваний при помощи компьютерной томографии, ангиографии и ультразвуковых методов исследования. Институт продолжает заниматься разработкой фундаментальных исследований по различным разделам хирургии. При лечении больных с обширными ожогами научным коллективом под руководством академиков РАМН В.Д. Федорова и Д.С. Саркисова был разработан и внедрен в клиническую практику метод трансплантации культивированных фибробластов. В 1995 г. авторы этой разработки получили золотую медаль Всемирного салона изобретений “Эврика-95” (Брюссель), а в 1996 г. удостоены звания лауреатов Государственной премии РФ. Отмечены правительственными премиями разработанные в Институте восстановительные операции у больных с последствиями ожогов (1997, 2006), новые эффективные методы лечения тяжелой хирургической инфекции (2002). Используются уникальные методы хирургического лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени и печеночных протоков. Впервые в стране разработаны сложнейшие оперативные технологии (расширенные гемигепатэктомии, центральные резекции печени, множественные сегментэктомии, повторные резекции печени при рецидивах опухоли), внедрены новейшие методы рентгенохирургической диагностики и лечения, методика термоабляции злокачественных образований. Заслуги коллектива в этой области отмечены

премией Правительства РФ 2001 года. Большое внимание Владимир Дмитриевич уделял проблемам лечения заболеваний поджелудочной железы, забрюшинных неоплазий. Его руководство для врачей «Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы» (2003) было удостоено Диплома премии РАМН им. А.Н. Бакулева. В.Д. Федоров являлся также идеологом и инициатором внедрения в клиническую практику одномоментных сочетанных операций при поражении нескольких органов.

Владимир Дмитриевич одним из первых оценил значение и перспективность разработки и внедрения эндоскопических операций, им была организована специальная лаборатория по созданию отечественной эндоскопической техники и выпущена монография-атлас “Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки” (1978). Под его руководством в Институте были созданы уникальные видеоскопические диагностические и лечебные методики для торакальной, абдоминальной, пластической хирургии, накоплен огромный опыт таких операций. При активном участии Владимира Дмитриевича создана Российская ассоциация эндоскопической хирургии (ныне Общество эндоскопических хирургов России).

Под руководством В.Д. Федорова была разработана оригинальная система использования данных спиральной компьютерной томографии для диагностики заболевания, запатентована технология моделирования оперативного вмешательства по данным компьютерной томографии.

В Институте была создана уникальная база данных лучевых исследований, терминалы пользователей которой расположены во всех хирургических отделениях, что позволило перейти на беспленочные технологии хранения диагностической информации и более широко использовать возможности телерадиологических консультаций как внутри Института, так и за его пределами.

В.Д. Федоров внес большой вклад в организацию системы медицинской помощи при массовых поражениях. Он стоял во главе создававшейся в 1988-1991 гг. службы медицины катастроф при Минздраве СССР, участвовал в оказании медицинской помощи пострадавшим при землетрясении в Армении, крушении поездов под Уфой, теракте в Беслане и многих других чрезвычайных ситуациях.

Под непосредственным руководством В.Д. Федорова велось и продолжается в настоящее время изучение синдрома серотониновой недостаточности, его роли в физиологических и патологических процессах организма. Практическим результатом этой работы стало создание уникальных методик фармакологической коррекции ишемического поражения

печени, сердца, лечения микроангиопатий у больных с поздними осложнениями сахарного диабета, а также различных токсических поражений.

Современные достижения и научные хирургические разработки внедрялись в повседневную практику, в том числе и на кафедре хирургии ФППОв Первого Московского государственного медицинского университета им И.М. Сеченова, которой В.Д. Фёдоров много лет успешно руководил, и созданной по его инициативе кафедры термических поражений, ран и раневой инфекции Российской медицинской академии последипломного образования.

В.Д. Фёдоров — автор более 500 научных работ, в том числе 22 монографий. Четыре монографии удостоены именных премий Академии медицинских наук. Под редакцией Владимира Дмитриевича впервые в России созданы мультимедийные руководства для врачей «Хирургическая панкреатология» и «Гнойная хирургическая инфекция». Под его руководством выполнено и защищено 32 докторских и 47 кандидатских диссертаций.

Широкий диапазон медицинских знаний, большой научный и жизненный опыт, стремление наилучшим образом оказать помощь больному объясняют высокий авторитет В.Д. Фёдорова среди коллег-ученых и хирургов-практиков. Он был национальным представителем России в Международном обществе хирургов и международном обществе Университетских хирургов-колопроктологов, членом Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов, членом редколлегии журналов «British Journal of Surgery», «Surgical Laparoscopy and Endoscopy», заместителем главного редактора журнала «Хирургия», членом Правления ряда хирургических ассоциаций, председателем научного совета по хирургии Минздравсоцразвития России и РАМН.

В.Д. Фёдоров — заслуженный деятель науки Российской Федерации и республики Башкортостан, лауреат Государственных премий СССР и РСФСР, Премии Правительства РФ, академик академий медицинских наук Республики Беларусь, Казахстана, Армении, академии наук Молдовы, почетный член многих отечественных и

зарубежных хирургических обществ, в том числе почетный член Российской ассоциации эндоскопической хирургии и Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, Московского хирургического общества, Ассоциации колопроктологов, научных хирургических обществ Узбекистана, Казахстана, Саратовской области. Большой вклад в развитие в отечественной хирургии внесла его многолетняя работа на посту члена Президиума РАМН, Председателя Совета директоров институтов РАМН, члена Межведомственного медицинского совета, Президента Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова, Президента Российского общества врачей, а также главного хирурга МЗ СССР и РФ.

Заслуги В.Д. Фёдорова перед отечественным здравоохранением по достоинству оценены государством и обществом. Он награжден — орденом Ленина, двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом Дружбы народов, орденом «За заслуги перед Отечеством» III степени, медалями, в том числе Медалью за заслуги перед отечественным здравоохранением и медалью им. Б.В. Петровского, Грамотой Думы Федерального собрания РФ, а также общественными наградами — орденами Чести, Петра Великого, Михайло Ломоносова, «За милосердие», «Слава нации». Владимир Дмитриевич лауреат премии «Призвание», присуждаемой лучшим врачам России, лауреат Международной премии «Профессия-Жизнь» в номинации «Мэтр мировой медицины». Он был признан Россиянином 2005 года, удостоен международной золотой медали академика Б.В. Петровского «Выдающемуся хирургу мира», международной награды Европейской академии естественных наук — Ордена Николая Пирогова за выдающиеся достижения в медицине, ордена «За искусство врачевания» Российской медицинской ассоциации, ордена «За честь, доблесть, созидание, милосердие».

Научная школа академика В.Д. Фёдорова состоит не только из хирургов, но из представителей многих медицинских специальностей, на развитие которых оказали влияние его идеи, опыт и знания. Создание подобной школы по праву может считаться гордостью отечественной медицины.

*Правление Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ*

**МАТЕРИАЛЫ  
XVIII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА  
ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ СТРАН СНГ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
ГЕПАТОЛОГИИ»**

**14–16 СЕНТЯБРЯ 2011 ГОДА  
МОСКВА**

Рецензенты:

профессор Э.И. Гальперин (Москва),  
чл-корр. РАМН В.А. Кубышкин (Москва),  
профессор В.А. Вишневский (Москва),  
д.м.н. Ю.А. Степанова (Москва).



# И. ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

## МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ УСКОРЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ СТЕНКИ ОСТРОЙ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОЙ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПАНКРЕАТОЦИСТОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА

Акуленко С.В., Соловьев В.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В., Захаров А.Г., Малов А.А.

*Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова,*

*ГУЗ Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия*

**Цель исследования:** разработать способ управляемого ускоренного формирования стенки острой постнекротической псевдокисты для подготовки больного к дальнейшему хирургическому лечению.

**Материалы и методы.** Ускоренное формирование стенки постнекротической кисты поджелудочной железы по разработанной нами методике проведено у 8 больных, среди них было 6 мужчин, в возрасте от 36 до 48 лет, и 2 женщины, в возрасте 29 и 47 лет. Толщина стенок псевдокист при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии колебалась в пределах от 1 до 3 мм. Выполняли чрескожное наружное катетерное дренирование кист под контролем ультразвукового сканирования. Осуществляли декомпрессию кист. В дальнейшем ежедневно полость кисты заполняли через катетер 0,25% раствором новокаина до 2/3 от предшествующего объема с экспозицией 30 мин и последующей полной декомпрессией ее и пассивным дренированием, общим курсом до 3 недель. Скорость утолщения и фиброзирования стенки кисты при такой «тренировке» составила 0,25 мм/сут, тогда как при пассивном созревании она равнялась 0,055 мм/сут. По результатам исследования был получен патент РФ № 2294701 от 10.03.2007 г.

**Результаты.** Разработанная методика позволяет добиться завершения формирования стенки

кисты за 3–4 недели, то есть в 7–10 раз быстрее, чем при ее самостоятельном, пассивном формировании. Среднее время активного управляемого формирования стенок псевдокист составило 2 недели. Все больные были оперированы. У всех больных операции закончились наложением панкреатоцистодигестивных анастомозов. Было выполнено 2 цистогastro-, 1 цистоеюно- и 1 цистодуоденоанастомоз. Толщина стенок кист при этом составляла от 4 до 7 мм. Гистологическое исследование фрагментов стенок псевдокист, полученных во время операции, показало наличие в них фиброзно-склеротических изменений, соответствующих сформированным хроническим псевдокистам. Морфологическое исследование выявило чувствительность ультразвукового метода измерения толщины и плотности стенки постнекротической кисты поджелудочной железы 90,9%; специфичность — 100%; общую точность — 88,9%. При контрольном ультразвуковом исследовании через 2 недели после операции остаточных полостей кист не найдено. Осложнений не было.

**Выводы.** Разработанный способ ускоренного формирования стенки постнекротической кисты поджелудочной железы надежен и может быть использован для подготовки к наложению панкреатоцистодигестивного анастомоза.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОТОВОКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Волков А.Н., Ворончихин В.В., Абызов И.Н., Краснов Г.Н., Дербенев А.Г., Оленин В.В.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,*

*Республиканская клиническая больница, Чебоксары, Россия*

Лечение хронического калькулезного панкреатита вообще и осложненного протоковой гипертензией в особенности представляет собой серьезную, не до конца решенную проблему. По-видимому, хронический панкреатит с протоковой гипертензией

развивается не только после перенесенного острого панкреатита, но и при стенозе большого дуоденального сосочка. Но наиболее частой причиной его развития, все же, является острый головчатый панкреатит либо с развитием здесь индурации и

стеноза проксимального сегмента главного панкреатического протока, либо с исходом его в кисту, которая также, сдавливая и стенозируя проток, нарушает эвакуацию панкреатического сока и вызывает, тем самым, гипертензию во всей протоковой системе поджелудочной железы.

*Целью* данного исследования явилась оптимизация хирургического лечения хронического калькулезного панкреатита с протоковой гипертензией расширенной панкреатикотомией, либо с рассечением стенозированного участка главного панкреатического протока в проксимальном его отделе, либо с интрапаренхиматозной резекцией головки и формированием широкого продольного панкреатикоеюнального соустья по Ру.

*Материалы и методы.* Работа выполнена на основании данных анализа историй болезни 26 больных хроническим калькулезным панкреатитом, которым было проведено оперативное лечение: продольная панкреатикоеюностомия по Ру — 14, расширенная панкреатикоеюностомия (с рассечением стенозированного участка протока поджелудочной железы в проксимальной части) — 5, сочетание

этой операции с интрапаренхиматозной резекцией головки поджелудочной железы — 7.

*Результаты.* У одного больного после изолированной резекции головки поджелудочной железы через год развилась механическая желтуха из-за стеноза терминального отдела холедоха. Ему был наложен гепатикоеюноанастомоз по Ру. У двух больных наблюдали обострение хронического панкреатита, которое купировано антисекреторной и антиферментной терапией. Летальных исходов не было.

*Заключение.* Больным хроническим панкреатитом, осложненным протоковой гипертензией, показана расширенная продольная панкреатикоеюностомия. При сочетании его с ложной кистой операцией выбора является цистопанкреатикоеюностомия. При головчатом хроническом панкреатите и кисте головки поджелудочной железы оптимальным вариантом пособия следует считать сочетание широкой панкреатикотомии с интрапаренхиматозной резекцией головки поджелудочной железы и формирование, опять-таки, широкого панкреатикоеюноанастомоза.

## ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Воробей А.В., Гришин И.Н., Шулейко А.Ч., Бутра Ю.В., Лурье В.Н., Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И.

Белорусская медицинская академия постдипломного образования,  
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии,  
колопроктологии и лазерной хирургии,  
Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь

*Цель исследования.* Улучшение результатов повторного хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

*Материалы и методы.* С 1990 по 2010 годы в РЦ РХГ, КП и ЛХ на базе Минской областной клинической больницы оперировано 368 пациентов с хроническим панкреатитом (ХП). Были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекционные операции — 24 (панкреатодуоденальная резекция — 5, дистальная резекция — 19, в том числе с дистальным панкреатоеюноанастомозом — 4); резекционно-дренирующие операции — 22 (операция Frey — 5, Бернская модификация операции Beger — 17, в том числе с продольной панкреатовирсунгоеюностомией — 14, V-образное иссечение тела поджелудочной железы по Izbicki — 2, транспанкреатическая супрапиплярная холедохопластика — 12); дренирующие операции — 225 (операция Partington-Rochelle — 36, внутреннее дренирование кист — 94, наруж-

ное дренирование кист и панкреатического протока — 98); различные модификации желчеотводящих операций при билиарной гипертензии — 54; операции при дуоденальной непроходимости — 23 (ГЭА — 21, дуоденоеюностомия — 2); операции по поводу ложных аневризм артерий зоны локализации поджелудочной железы — 20. Из 176 выполненных резекционных, резекционно-дренирующих операций и операций внутреннего дренирования панкреатического протока и кист, 46% были повторными на органах брюшной полости. В структуре повторных вмешательств 52% составили операции непосредственно на поджелудочной железе.

*Результаты.* Послеоперационные осложнения составили 24,3%, послеоперационная летальность — 3,6%. Наибольшая летальность была после резекционных операций (14%) и «открытых» операций по поводу ложных артериальных аневризм (40%). В случае выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств при ложных артериаль-

ных аневризмах летальности не было. В 2010 году в центре внедрены современные резекционно-дренирующие операции ( $n=22$ ). Из них 17 (77,3%) были повторными, 5 (22,7%) больных были оперированы два и более раз. В структуре предыдущих операций 36,4% были выполнены по поводу острого панкреатита, 22,7% — дренирование панкреатических кист, 18,2% — панкреатовирсунгоанастомозии на петле по Ру, 22,7% — операции на желчных путях и желудке. Все эти пациенты имели панкреатическую гипертензию, билиарную — в 59,1%, портальную — в 54,5%; явления дуоденальной непроходимости — в 22,7%. У 92% больных эти синдромы сочетались. Резекцию паренхимы головки и тела поджелудочной железы ( $n=12$ ) выполнили с помощью трехволнового лазера МУЛ (производства Беларусь). Использование лазерного иссечения позволяет обеспечить стойкий,

надежный гемостаз, не требуется дополнительного лигирования или прошивания ткани железы, уплотняется ткань железы, что облегчает формирование панкреатикоеюноанастомозов, сокращает время выполнения резекции ( $42\pm 12$  мин.) по сравнению с традиционной техникой ( $55\pm 16$  мин.).

**Заключение.** Оптимальным вариантом резекционно-дренирующих операций при хроническом панкреатите после ранее выполненных хирургических вмешательств на поджелудочной железе является Бернский вариант операции Veger с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой и продольной панкреатовирсунготомией или V-образным иссечением тела поджелудочной железы по Izbicki с панкреатикоеюноанастомозом на петле по Ру. Лазерная резекция паренхимы поджелудочной железы при ХП является перспективной технологией в хирургии хронического панкреатита.

## ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ И РЕЦИДИВАХ ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Данилов, М.В., Говоров С.А., Зурабиани В.Г., Грушко С.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Исходы хирургического лечения рецидивирующего панкреатита (РП) не удовлетворяют клиницистов в связи с частыми рецидивами заболевания и значительным числом послеоперационных осложнений, что требует выполнения повторных и реконструктивных оперативных вмешательств. Неудовлетворенность исходами традиционных операций на поджелудочной железе (ПЖ) привела к внедрению в практику минимально инвазивных лечебных вмешательств (МИЛВ). Однако и они не решают полностью проблему лечения пациентов с осложнениями РП, нередко требуя в последующем перехода к корригирующим лапаротомным операциям.

Авторы на протяжении 1993-2010 гг. наблюдали 239 пациентов с РП, которые были подвергнуты многоэтапным хирургическим вмешательствам. 145 из них первично были выполнены лапаротомные операции на ПЖ и смежных органах, а у 94 ведущим методом лечения были минимально инвазивные — пункционно-катетеризационные и эндоскопические вмешательства.

Повторные операции после перенесенного наружного и внутреннего дренирования протоков и кист ПЖ у половины пациентов предусматривали выполнение формирования продольного панкреатодуоденального анастомоза, у 8 больных дистальные и

проксимальные резекции железы, у остальных — операции на билиарном тракте (холецистэктомии, наложение билиодигестивных анастомозов), а также чрескожное и открытое дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений и абсцессов с благоприятными исходами.

Операции, выполненные у 10 пациентов, перенесших ранее резекционные вмешательства на ПЖ, также включали наложение панкреатоеюноанастомозов в связи с неустраненной при первичной операции интрапанкреатической гипертензией, а также чрескожное или лапаротомное наружное дренирование рецидивных псевдокист и абсцессов.

У 32 пациентов показанием к повторным (реконструктивным) операциям послужили рецидивы и осложнения после эндоскопических операций на ПЖ и ее протоках, а также на билиарном тракте: билиарного и панкреатического стентирования, наложения цистогastro- и цистодуоденальных анастомозов. Основными вариантами повторных лапаротомных операций были формирование билио- и панкреато-дигестивных анастомозов с извлечением эндопротезов.

Из 62 пациентов, которым в различных фазах рецидивирующего панкреатита были выполнены пункционно-катетеризационные вмешательства при различных жидкостных образованиях, заключитель-



ным этапом хирургического лечения у 27 явилось наложение панкреатодигестивных анастомозов, что позволяло купировать интрапанкреатическую гипертензию и добиться заживления псевдокиста, а у 9 — резекции ПЖ. У остальных пациентов производились лапаротомное наружное дренирование рецидивных псевдокист и парапанкреатических абсцессов. Необходимо подчеркнуть, что в 42 наблюдениях пункции и катетерное дренирование интра- и

парапанкреатических жидкостных образований явилось эффективным методом первично выполненным традиционных лапаротомных операций на ПЖ.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что лапаротомные и минимально инвазивные оперативные вмешательства должны рассматриваться как необходимые взаимодополняющие способы лечения пациентов с осложненным рецидивирующим панкреатитом.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Добров С.Д., Полякевич А.С., Блажитко Е.М., Толстых Г.Н.**

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия*

**Цель исследования.** Анализ причин, приводящих к выполнению повторных операций при хроническом панкреатите (ХП).

**Материалы и методы.** По поводу ХП оперировано 286 пациентов. Резекции поджелудочной железы (ПЖ) произвели у 63 человек, дренирующие операции — у 112, дуоденосохраняющие резекции головки ПЖ — у 111. При этом повторные операции выполнены у 17 человек. Из них 4 пациента ранее были оперированы в нашей клинике: операция Frey — 2, субтотальная резекция головки ПЖ без пересечения перешейка — 1, операция Beger — 1). 13 пациентов оперированы в других лечебных учреждениях: ХДА — 1, холецистоюноанастомоз с юноюноанастомозом — 1, ЦДА — 1, ЦГА — 2, операция Puestow — 3, дистальная резекция хвоста

ПЖ со спленэктомией — 2, наружное дренирование кист ПЖ — 3.

**Результаты.** 4 пациентам с механической желтухой выполнены ХДА. 13 пациентам, ранее оперированным в других лечебных учреждениях, выполнены следующие операции: ПДР — 2, ЦПЕА — 1, субтотальная резекция головки ПЖ с проксимальным ПЕА — 1, субтотальная резекция головки ПЖ с продольным ПЕА — 9. Выполненные операции купировали болевой синдром и механическую желтуху.

**Выводы.** 1) Основная причина повторных операций при ХП — неустраненные воспалительные массы в головке ПЖ и протоковая гипертензия. 2) Дуоденосохраняющие резекции головки ПЖ устраняют болевой синдром, осложнения ХП и улучшают качество жизни пациентов.

## РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Добров С.Д., Полякевич А.С., Блажитко Е.М., Толстых Г.Н.**

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия*

**Цель исследования.** Анализ ранних и поздних осложнений органосохраняющих оперативных вмешательств при хроническом панкреатите (ХП) головки поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Выполнено 111 дуоденосохраняющих резекций головки ПЖ (операция Frey — 23, операция Beger — 10, субтотальная резекция головки ПЖ с продольным ПЕА (ЦПЕА) — 68, субтотальная резекция головки ПЖ с проксимальным ПЕА — 10).

**Результаты.** У 12 человек в раннем послеоперационном периоде возникло 14 (12,6%) ос-

ложнений: кровотечения — 4 (3,6%), несостоятельность ПЕА (в 1 случае с формированием губовидного тонкокишечного свища) — 4 (3,6%), послеоперационный панкреатит — 3 (2,7%), острая кишечная непроходимость — 2 (1,8%), ТЭЛА — 1 (0,9%). Наибольшее число осложнений наблюдали после операции Beger: несостоятельность дистального ПЕА — у 3, послеоперационный панкреатит — у 2. Кровотечение — наиболее частое осложнение после субтотальной резекции головки ПЖ без пересечения перешейка. Пациентам с кровотечением выполнили прошива-

ние кровотока сосуда. Пациентке со сформированным губовидным тонкокишечным свищем — закрытие свища. 1 пациент умер после операции Frey от ТЭЛА.

В позднем послеоперационном периоде у 4 (3,6%) пациентов возникла механическая желтуха: после операции Frey — у 2, после субтотальной

резекции головки ПЖ без пересечения перешейка — у 1, после операции Beger — у 1. Всем пациентам выполнены ХДА.

**Выводы.** Дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ в раннем послеоперационном периоде чаще осложнялась кровотечением, а в позднем — механической желтухой.

## ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дронов А.И., Крючина Е.А., Горлач А.И.

Кафедра общей хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца,  
Киев, Украина

**Цель работы:** проанализировать структуру повторных хирургических вмешательств у больных, оперированных по поводу осложненных форм хронического панкреатита (ХП), оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения, разработать меры профилактики повторных операций при ХП.

**Материалы и методы.** С 2003 по 2011 гг. оперировано 318 пациентов с осложненными формами ХП в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст — 45,2 г.). Повторные операции выполнены у 58 (18,2%) больных в сроки от 3 месяцев до 6 лет после первичного вмешательства. Структура выполненных повторных операций: операции после первичного наружного дренирования кист ПЖ — 18 (наружно-внутреннее дренирование псевдокист — 4, дистальная резекция (ДР) ПЖ — 2, ПДР — 4, цистопанкреатоеюностомия/цистопанкреатодуктоуюностомия — 8), реконструктивные операции после внутреннего дренирования протоковой системы и кист ПЖ — 19 (панкреато/цистопанкреатоеюностомия — 7, операция Frey — 3, Beger — 2, Izbicki — 1, панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — 4, ДР — 2), реконструктивные операции после резекций ПЖ — 11 (тотальная панкреатэктомия — 1, ПДР (после органосохраняющих резекций) — 3, проксимальная резекция ПЖ после ДР с сохранением перешейка ПЖ — 2, комбинированная ДР — 3, холедоходуоденостомия — 2), этапные операции — 10 (разные варианты панкреатоеюностомии). Трижды оперативное вмешательство выполнено 3 больным (цистогастроеюностомия — цистеюностомия — ПДР). В анализ не включены больные, которым выполнили миниинвазивные вмешательства по поводу поздних гнойно-септических осложнений, эксплоративные операции в

связи с прогрессией изначально не выявленного опухолевого процесса.

**Результаты.** Частота ранних послеоперационных осложнений составила 17% (после первичных операций — 15,4%,  $p < 0,05$ ), летальность — 0%. Существенной разницы в длительности операций, объеме кровопотери, длительности нахождения больного в стационаре между первичными и повторными вмешательствами не было. Частота сахарного диабета среди повторно оперированных пациентов до операции составила 29,3%, после — 15,5%, экзокринной недостаточности ПЖ — 53,4% и 31% соответственно. Качество жизни повторно оперированных пациентов существенно улучшилось (как по физикальным, так и психологическим доменам — SF-36) в сравнении с данными как до первичной, так и повторной операции у 89,7% больных.

**Выводы.** Выполнение этиопатогенетически обоснованной своевременной операции (как первичной, так и повторной) при осложненных формах ХП способствует сохранению (иногда — восстановлению) экзо- и эндокринной функции ПЖ, нормализации показателей качества жизни. Комплексная оценка характера изменений паренхимы и протоковой системы ПЖ, отказ от патогенетически необоснованных цистогастро- и цистодуоденостомий, «своевременное» выполнение ПДР при трех компрессионных осложнениях со стороны смежных органов (билиарная, дуоденальная, портальная обструкция), комплексная дооперационная верификация варианта кист ПЖ с выполнением резекций ПЖ при всех кистозных неоплазмах, первичное выполнение ПДР при подозрении на рак ПЖ являются мерами профилактики повторных оперативных вмешательств у больных с осложненными формами ХП.

## НАРУЖНЫЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ, КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дундаров Э.А., Красюк О.Н., Майоров В.М., Величко А.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Современные малоинвазивные методики находят все большее применение при лечении осложненных форм как острого (ОП), так и хронического панкреатита (ХП). Чрезкожное дренирование под УЗ-контролем является достаточно часто выполняемой лечебно-диагностической процедурой при лечении жидкостных образований ПЖ. Открытые оперативные вмешательства, завершающиеся наружным дренированием псевдокист, применяют лишь в случаях возникновения таких осложнений как разрыв псевдокист поджелудочной железы (ППК), перитонит и т.п.

Отрицательным моментом наружного дренирования является вероятность образования наружных панкреатических свищей (НПС), существование которых более 6-8 недель относят к неблагоприятному исходу оперативного вмешательства. Вероятность длительного существования НПС составляет 1-3% при ОП (тип I по D'Egidio A.) и 16-50% при хроническом (тип II-III по D'Egidio A.).

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения больных НПС.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 23 больных с НПС, образовавшимися после наружного дренирования жидкостных образований поджелудочной железы за период 2000-2010 гг. Мужчин было 18 (78,2%), женщин — 5 (21,8%). Средний возраст составил  $45,6 \pm 3,7$  лет. Как следствие открытых оперативных вмешательств НПС сформировался в 5 случаях, после пункционно-дренирующих — в 18.

**Результаты и обсуждение.** Все эти больные были оперированы. Локализация устья свищевого

хода была следующей: головка ПЖ — 1 больной, область перешейка — 3, корпокаудальный отдел — 19. Всем больным предварительно проводили консервативную терапию длительностью не менее 3-х месяцев. Были выполнены операции: резекция головки ПЖ по Бегеру — 1; медиальная резекция ПЖ со свищем и панкреатогастростомией с дистальной культи — 3; дистальная резекция ПЖ — 16; иссечение свища с панкреатоеюностомией — 3. Следует отметить, что резекции ПЖ у этой категории больных отличались повышенной технической сложностью, особенно на этапе мобилизации железы, что было связано с наличием массивного, плотного спаечного процесса и наличием выраженного хронического парапанкреатита. По этим причинам, при дистальной резекции ПЖ, селезенку удалось сохранить лишь в 2-х случаях. Осложнений, обуславливающих релапаротомию, и летальных исходов не было. У 4-х больных потребовалось дополнительное дренирование под контролем УЗИ.

**Выводы.** Одним из показаний к повторному хирургическому лечению больных ХП после наружного дренирования панкреатических псевдокист является формирование стойких наружных панкреатических свищей.

Радикальной операцией при наличии НПС является резекция ПЖ со свищем.

Условием адекватного выполнения операции является правильный выбор места пересечения железы с тем, чтобы была удалена вся та ее часть, которая дренируется свищем при дистальной его локализации, и проксимальная или медиальная резекция ПЖ с панкреатодигестивным анастомозом культи при проксимальном расположении свища.

## ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Дундаров Э.А., Красюк О.Н., Майоров В.М., Величко А.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Различные дренирующие операции, направленные на декомпрессию протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ), желчных путей, желудка занимают значительное место в лечении больных хроническим панкреатитом (ХП).

Вместе с тем, устраняя одно или несколько осложнений ХП, такие операции не оказывают воздействия на основные патогенетические звенья этого заболевания, в том числе и при одномоментном формировании нескольких анастомозов.

Это является причиной достаточно частого прогрессирования заболевания, проявляющегося рецидивом болевого синдрома и развитием других осложнений. Кроме того, дренирующие операции не устраняют ряд осложнений ХП, таких как сдавление воротной вены, кровотечение в просвет кисты, вирусангиома и др.

**Цель исследования.** Изучение результатов повторных хирургических вмешательств после операций внутреннего дренирования у больных ХП.

**Материалы и методы.** За период 2000-2010 гг. была выполнена 151 проксимальная резекция ПЖ у больных ХП в различных вариантах: ГПДР — 38, пилоросохраняющая ПДР — 59, операция Фрея — 5, резекция ПЖ по Бегеру — 48. Из числа этих больных у 16, выполненная нами операция, была повторной для больного. До этого им были выполнены следующие операции по поводу ХП и его осложнений: холедоходуоденостомия — 5, продольная панкреатоеюностомия — 4, панкреатоеюностомия в сочетании гепатикоеюностомией — 1, холецистоеюностомия — 2, холецистоеюностомия в сочетании с гастроеюностомией — 2, операция Фрея — 2. Кроме того, в эту группу включены 3 больных, которым ранее был выполнен так называемый «Бернский вариант» резекции головки ПЖ. Сроки, прошедшие после первой операции, колебались в пределах от 1 месяца до 5 лет.

**Результаты и обсуждение.** В сроки от 1 до 3-х месяцев оперировано 3 больных после Бернского варианта резекции головки ПЖ в связи с развившейся механической желтухой (МЖ). Развитие

МЖ у этих больных связываем с развивающимся рубцово-склерозирующим процессом в оставшейся части головки ПЖ и сдавлением дистального отдела холедоха. Им были сформированы билиодигестивные анастомозы (ХДА — 1, ГЕА — 2).

Во всех остальных случаях показаниями к оперативному вмешательству послужили: прогрессирование патологического процесса в ПЖ с рецидивом болевого синдрома, носящего интенсивный характер; диспепсические явления; развитием осложнений (вирусангиома — 1, сдавление воротной вены с развитием асцита — 1, сдавление двенадцатиперстной кишки — 2). Всем этим больным были выполнены проксимальные резекции ПЖ: пилоросохраняющая ПДР — 9, дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ — 7. В послеоперационном периоде осложнения, потребовавшие релапаротомии развились у 2 больных. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты в сроки от 6 мес. до 3-х лет прослежены у всех этих больных. Положительный эффект операции и увеличение массы тела отметили все больные. Практически полное исчезновение болей отмечено у 14 (73,6%) больных, периодически возникающие тупые боли, не требующие специального лечения — у 5 (26,4%).

**Выводы.** Основным показанием к повторным хирургическим вмешательствам у больных ХП после различных операций внутреннего дренирования является прогрессирующий характер заболевания, проявляющийся рецидивом интенсивного болевого синдрома и развитием различных осложнений.

## ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Сазонов Д.В., Рагулина Е.А.

Клиническая больница № 83 ФМБА,

Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва, Россия

Выбор метода лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы (ЛКПЖ) продолжает оставаться актуальным и не до конца решенным вопросом.

Мы располагаем опытом лечения 25 больных с ЛКПЖ, женщин было 4, мужчин — 21. Возраст пациентов колебался в пределах от 29 до 60 лет. 3 больным выполнили пункцию кисты под ультразвуковым наведением, только в одном случае наблюдали выздоровление, при диаметре кисты 6 см. 1 больному осуществили пункцию и наружное дренирование при лапароскопии, через 4 месяца отмечен рецидив кисты. Дистальную резек-

цию поджелудочной железы с кистой выполнили 4 больным, отмечен хороший ближайший и отдаленный результат. 19 больным выполнили внутреннее дренирование кист путем формирования цистодигестивных соустьев. У 5 больных из этой группы операцию выполнили эндоскопическим способом: при гастроскопии произведено рассечение задней стенки желудка, являющейся передней стенкой кисты — в двух случаях аргонным лазером, остальным — электрохирургическим способом. Возникшее в одном случае кровотечение остановлено консервативно. Вмешательство заканчивали установкой временного дренажа в полость



кисты. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Возможность развития таких опасных для жизни осложнений как нагноение кист, кровотечение в полость кисты, их перфорация, нарушение функции соседних органов, являются, по нашему мнению, показанием к оперативному лечению. Дискутабельным остается лишь вопрос о сроках и объеме оперативных вмешательств. Применяются различные вмешательства: чрескожная пункция, наружное дренирование кист, создание цистодигестивных анастомозов, различные виды резекции поджелудочной железы. Для оценки прогноза и выбора тактики лечения ЛКПЖ, осложняющих течение острого и хронического панкреатита, необходимо выделять их разновидности: острые парапанкреатические скопления жидкости без выраженной капсулы, абсцессы поджелудочной железы, острые и хронические псевдокисты, имеющие сформированную капсулу; учитывать связь главной протоковой системы поджелудочной железы с полостью кисты, наличие или отсутствие билиарной гипертензии, холедохолитиаза, рубцового стеноза терминального отдела общего желчного протока.

Стремление хирургов к выполнению менее инвазивных вмешательств при лечении ЛКПЖ по-

нятно. Но по нашему мнению, пункция полости кисты под контролем ультразвука, наружное дренирование оправдано только при остром скоплении парапанкреатической жидкости, острых сформированных кистах размеры которых не превышают 5 см в диаметре и нет связи полости кисты с главным панкреатическим протоком. Считаем, что основным методом лечения ЛКПЖ является внутреннее дренирование их путем создания цистодигестивных анастомозов. При локализации кисты в области хвоста поджелудочной железы оправдана дистальная резекция поджелудочной железы. При наличии калькулезного холецистита необходима холецистэктомия с обязательной коррекцией возможной патологии терминального отдела общего желчного протока. Одним из способов снижения травматичности подобных вмешательств, уменьшение количества осложнений может быть эндоскопическая гастроцистостомия при определенной локализации кисты, когда задняя стенка желудка непосредственно предлежит к ней.

Наш опыт свидетельствует, что основным методом лечения ЛКПЖ является создание цистодигестивных анастомозов. К выбору вида внутреннего дренирования кисты следует подходить индивидуально.

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТПАНКРЕАТОРЕЗЕКЦИОННОМ СИНДРОМЕ

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

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

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с постпанкреаторезекционным синдромом на основе современных до- и интраоперационных методов диагностики для выполнения адекватных органосохраняющих реконструктивных и восстановительных операций.

**Материалы и методы.** С 1975 по 2010 гг. оперировали 87 больных с постпанкреаторезекционным синдромом в возрасте 31-68 лет. Мужчин было 69 (80%), женщин — 18 (20%). Из 87 пациентов первичные операции больным с хроническим панкреатитом (ХП) у 84 (95,3%) выполнили в неспециализированных клиниках: резекции хвоста поджелудочной железы (ПЖ) со спленэктомией — у 72 (83%), корпокаудальную резекцию со спленэктомией — у 15 (17%) больных. При выполнении радикальных операций удаляется богатая эндокринными образованиями часть ПЖ. Это явилось причиной развития постпанкреаторезекционного синдрома, который проявлялся выраженным болевым синдромом, потерей массы тела в объеме

от 7 до 18 кг, нарушением трудоспособности и развитием сахарного диабета у 28% больных. Особое значение в диагностике состояния протоковой системы и паренхимы ПЖ предавали методам интраоперационной панкреатографии, холангиографии (а.с. 1183072) и, по показаниям пункционной биопсии (а.с. 614791) со срочным гистологическим и цитологическим исследованием.

**Результаты.** Интраоперационная панкреатография выявила стеноз устья главного протока ПЖ у 21 больного, протяженный стеноз в области головки ПЖ с расширением в области тела и хвоста — у 27, множественные стриктуры и расширение протока по типу «цепи озер» — у 12, закупорку протока отложениями кальция — у 10, равномерное расширение более 4 мм — у 22 и сужение протока на всем протяжении — до 1 мм у 16 больных.

Интраоперационной холангиографией у 17 пациентов выявлены атипичные формы холедохолитиаза, протяженный стеноз холедоха — у 21.



Выбор способа реконструктивных и восстановительных операций зависел от характера поражения протоковой системы ПЖ и внепеченочных желчных путей. При множественных стриктурах и расширении ПЖ по типу «цепи озер» 12 больным выполнили продольную панкреатоюностомию (ППЕС) на протяжении 10-12 см; при закупорке протока кальцинатами у 13 произвели ППЕС с тщательным удалением отложений кальция, у лиц с расширенным протоком более 4 мм — ППЕС до 8 см; при нарушении проходимости главного протока ПЖ, обусловленной его сужением, произвели иссечение резко суженного протока с целью открытия дольковых протоков. При стенозе устья панкреатического протока у 21 пациента выполнили папиллосфинктеровирсунгопластику. При стенозирующем папиллите 17 пациентам выполнили папиллосфинктеропластику, 21 больному с протяженным протоком холедоха наложили антирефлюксный су-

прадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (патент 85986). Завершали реконструктивные и восстановительные вмешательства у пациентов с ХП дренированием подпеченочного пространства, ложа ПЖ (а.с. 1286178) и, по показаниям переднего забрюшинного пространства (а.с. 1295741) с применением спаренных дренажей (а.с. 1109175). Летальных исходов не было.

**Заключение.** При выполнении повторных операций у больных с ХП интраоперационная панкреатография и холангиография дают возможность выявить особенности поражения главного протока ПЖ, внепеченочных желчных путей, что определяет выбор адекватных способов реконструктивных и восстановительных вмешательств. Выполнение реконструктивных и восстановительных операций при постпанкреаторезекционном синдроме следует выполнять в специализированных центрах и клиниках.

## ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ С РЕЦИДИВОМ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кадошук Т.А., Петрушенко В.В., Павлык И.В., Раудкис В.А., Стукан С.С.

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

**Цель исследования:** улучшить результаты повторных операций при рецидивных и осложненных псевдокистах поджелудочной железы (ПКПЖ) путем применения современных методов диагностики и выбора адекватного способа хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** С 1975 по 2010 гг. оперирован 81 больной с рецидивами и осложнениями после наружного дренирования и марсупиализации ПКПЖ в возрасте 23–69 лет. Мужчин было 63 (77,78%), женщин — 18 (22,22%). При диагностике стойких наружных панкреатических свищей (СНПС) выполнили фистулопанкреатографию, которая выявила характер поражения ППЖ и локализацию СНПС: СНПС исходил из тела органа — у 32 больных, из хвоста — у 14 и из головки ПЖ — у 11. При внутренних свищах ПЖ выполнили интраоперационную панкреатографию, которая выявила панкреатоабдоминальные свищи у 7 больных, панкреатоплевральные — у 4 и панкреатобронхиальные — у 2. У 11 пациентов выявили рецидив псевдокист ПЖ, из них у 9 больных киста осложнилась кровотечением в ее полость и нагноением — у 2. При СНПС в области тела у 15 больных произвели иссечение свища и выполнили продольную панкреатоюностомию (ППЕС) с заглушкой приводящей петли тощей кишки. У 17 больных с посттравматическими стойкими свища-

ми, исходящими из тела ПЖ произвели иссечение свища с резекцией пораженной части тела ПЖ и выполнили ППЕС на изолированной непересеченной петле тощей кишки с хвостом и телом железы (а.с. 762867). Разработанный органосохраняющий способ ППЕС сохраняет богатую эндокринными образованиями часть ПЖ и способствует профилактике развития сахарного диабета в послеоперационном периоде. У 14 больных с локализацией СНПС в области хвоста органа произвели иссечение свища, выполнили ППЕС на изолированной петле тощей кишки по Ру. У 11 пациентов при СНПС, исходящих из головки ПЖ, произвели иссечение свища и выполнена фистулодуоденостомия с наружным фистулодуоденогастроназальным дренированием. При панкреатоабдоминальных, панкреатоплевральных и панкреатобронхиальных свищах у 13 больных произвели иссечение внутренних свищей и выполнили ППЕС. При рецидивных псевдокистах ПЖ, осложненных внутриполостным кровотечением, у 9 больных выполнили панкреатоюностомию с наружновнутренним дренированием (а.с. 806006) в самой низкой точке кисты. Операционное пособие при осложненных рецидивных кистах обязательно включало ревизию гемостаза и санацию полости кисты. После санации полость кисты заполняли порошком полисорба, что обеспечивало остановку капиллярного кровоте-

ния. У 2 больных с нагноившимися кистами ПЖ провели наружно-внутренние дренирование путем наложения цистоеюностомостомоза на выключенной петле тощей кишки с заглушкой и наружным дренированием полости кисты через приводящую часть кишки спаренным ирригоаспиратором (а.с. 1049068). По одной трубке осуществляли как активную, так и пассивную, аспирацию содержимого кисты. По другой трубке с множественными отверстиями осуществляли как активную, так и фракционную, ирригацию 1,5% сорбентом. Полисорб позволяет быстро проводить детоксикацию содер-

жимого кисти за счет денатурации белков токсинов тканевого и микробного генеза. Контроль спадения и санации полости выполняли рентгенологическими и микробиологическими методами. Летальных исходов не было.

**Заключение.** Разработанные нами способы хирургической коррекции и лечения рецидивных и осложненных псевдокист ПЖ у крайне тяжелых больных, страдающих наружными и внутренними панкреатическими свищами, с нагноением и кровотечением в полость кисты ПЖ, сокращают сроки лечения на 62,3%.

## РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Козлов В.Г.<sup>1</sup>, Третьяк С.И.<sup>1</sup>, Рацинский С.М.<sup>1,2</sup>, Жилинский Е.В.<sup>1</sup>, Комаровская О.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку данных, полученных при проведении спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости (СКТ ОБП) с результатами морфологического исследования, у пациентов, оперированных по поводу различных осложнений хронического панкреатита (ХП).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты СКТ ОБП 30 пациентов, которые находились на обследовании и лечении в отделении хирургической гепатологии в 2008–2010 гг. Средний возраст больных — Ме [25%; 75%]=53 [20; 63]. Среди них было 14 женщин и 16 мужчин. СКТ ОБП выполняли с помощью аппарата GE “Light Speed Pro16” по стандартной методике с шагом 2,5 мм. Для внутривенного контрастного усиления использовали «Омниopak-300». Сканы проанализированы по характеру изменений в паренхиме и протоках поджелудочной железы (ПЖ), близлежащих органах и тканей, наличию сосудистых осложнений. В последующем оперировано 22 пациента (73,3%). Из них у 6 (27,3%) человек были выполнены различного объема повторные оперативные вмешательства. Сроки наблюдения до выполнения операции — Ме [25%; 75%] = 29,8 [4; 48] месяцев.

**Результаты.** Наиболее характерным изменением в ткани ПЖ у 22 пациентов была ее гетерогенность за счет наличия псевдокист и скоплений жидкости, которые в 10 (45,5%) случаях сочетались с наличием кальцинатов в ткани ПЖ. В артериальную фазу исследования были отмечены участки пониженной плотности

в паренхиме ПЖ у 12 (40%) больных с ХП, что свидетельствовало о наличии свежих очагов некроза (острый панкреатит — на фоне ХП) или выраженных фиброзно-склеротических изменений в ПЖ.

Изменения в протоках ПЖ при ХП включали расширение главного панкреатического протока (ГПП) у 19 пациентов (63,3%), которое сочеталось со стриктурами и неравномерным диаметром протоков ПЖ в 15 (50%) случаях. Кроме этого было отмечено эктазия боковых ветвей (12), утолщение стенок панкреатических протоков (7) и наличие конкрементов в них (4). У 5 (16,7%) пациентов с синдромом холестаза различной степени выраженности на сканах реформатов было выявлено сужение холедоха с супрастенотическим расширением, которое сопровождалось дилатацией внутрипеченочных протоков.

У пациентов с ХП были обнаружены следующие изменения сосудов: варикозная трансформация селезеночной вены (СВ) — 19, аневризмы селезеночной, общей печеночной и верхней брыжеечной артерии — 5. Увеличение селезенки в результате ранее перенесенного тромбоза СВ или нарушение оттока крови отмечено у 9 больных.

Инфильтративные изменения в перипанкреатической клетчатке (ППК) отмечены у 15 пациентов (50%), незначительные скопления жидкости в брюшной полости — у 6, одно- и(или) двухсторонний гидроторакс — 6.

**Выводы.** Наиболее частыми признаками ХП при проведении СКТ ОБП являются: неравномерное расширение ГПП ПЖ, наличие псевдокист и

кальцификация паренхимы ПЖ, варикозная трансформация селезеночной вены. СКТ ОБП позволяет не только выявить изменения в ткани ПЖ, но и определить степень вовлечения в процесс ППК и соседних органов, характер сосудистых осложне-

ний, дифференцировать ХП с другими заболеваниями ПЖ. Выявление этих признаков дает возможность спланировать объем и характер последующего оперативного вмешательства у пациентов данной категории

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Копчак В.М., Копчак К.В., Перерва Л.А., Чевердюк Д.А.**

*Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины,  
Киев, Украина*

**Введение.** Постоянный рост числа повторных оперативных вмешательств при хроническом панкреатите (ХП), обусловлен многими факторами, и не только послеоперационными осложнениями, требующими оперативного разрешения, которых, по нашим наблюдениям, становится меньше, но и с несовершенством хирургической тактики, естественным течением ХП и социальными аспектами пациентов.

**Материалы и методы.** В период с 2000 по 2010 гг. в клинике оперировано 584 больных осложненными формами ХП. Истинных послеоперационных осложнений было 27 (4,62%), и только 6 (1,03%) из них потребовали повторного оперативного вмешательства. Большинство осложнений, требовавших оперативного вмешательства, связаны с погрешностями хирургической техники.

**Результаты и их обсуждение.** В клинике выполнено 104 повторных операции при ХП, не считая операций после проведения миниинвазивных процедур и осложнений. Причинами выполнения этих операций послужили следующие факторы: плановое многоэтапное оперативное лечение, ранее выполненное вмешательство не по показаниям, неправильно выбранная тактика и объем первичной операции, неадекватное поведение пациента. Повторно выполняли, как прямые оперативные вмешательства, так и не прямые паллиативные вмешательства.

В клинике выполнено 18 повторных не прямых реконструктивных операций. Доля их составила 2,91% среди всех операций и только 17,31% среди всех повторных операций. Паллиативные гастроэнтеростомии и операции внутреннего дренирования желчных протоков составили 15,38% (16) среди всех повторных операций. При синдроме мальдигестии при низком полном, или частичном холангиопанкреатическом шунтировании, у 2 больных, выполнили реконструкцию на включение двенадцатиперстной кишки в пассаж панкреатического сока на изолированном сегменте кишки.

Повторных прямых реконструктивных операций выполнили 47 (45,19%), в основном после цистеюно- и цистостомий. Эти операции чаще всего являлись окончанием программируемого многоэтапного лечения с предшествующими пункциями кист. Однако в 18 (38,3%) случаях это вмешательство было выполнено после ранее произведенной цистеюностомии, а в 9 (19,15%) случаях после ранее выполненной продольной панкреатоэюностомии. В первом случае мы объясняем это следствием продолжения патологического процесса, не правильно выбранной тактикой при кистах, не связанных с протоковой системой железы. Во втором случае мы связываем это с погрешностями хирургической тактики, недостаточной длиной ранее наложенного анастомоза, операций выполненными без учета состояния и анатомии протоковой системы поджелудочной железы.

Повторные резекционные операции выполнили 39 пациентам, их доля составила 37,5% от общего числа повторных операций: панкреатодуоденальных резекций — 8 (20,51%), операций Фрея — 29 (74,36%), резекций ретрохоледохеального сегмента поджелудочной железы — 2 (5,2%).

Большинство повторных резекционных реконструктивных операций выполняли после ранее проведенных операций наружного, или внутреннего дренирования кист. Резекции выполняли, в том числе, после ранее выполненных дренирующих операций.

**Выводы.** На основании полученных данных можно предположить, что основными причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения хронического панкреатита явились: проведение первичной операции не по показаниям, неправильная тактика первичной операции, выполнения дренирующих операций в недостаточном объеме, или вместо резекционных вмешательств, отсутствие, или ограниченность медикаментозной поддержки, что может провоцировать осложнения в послеоперационном периоде. Исключением

можно считать только проведение планового многоэтапного лечения с применением малоинвазивных методик, как первого этапа.

В тактике повторных операций преимущество должно отдаваться резекционным операциям над дренирующими и паллиативными.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Петрик С.В.

*Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия*

**Цель исследования.** Показать необходимость повторных операций при хроническом панкреатите (ХП), обусловленных его прогрессированием и развитием многочисленных осложнений.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет выполнили 153 повторные операции при ХП. По поводу острого панкреатита (ОП) ранее были оперированы 87 (56,9%) пациентов, по поводу ХП и его осложнений — 47 (30,8%), дренирование парапанкреатических кист под контролем УЗИ было выполнено 9 (5,8%) пациентам, оперированы повторно после прямых вмешательств на ПЖ 10 (6,5%) пациентов.

**Результаты.** Были выполнены следующие одномоментные реконструктивные вмешательства: формирование продольного панкреатикоюноанастомоза (ПЕА) — 62 (40,5%), поперечного ПЕА — 4 (2,6%), панкреатикогастроанастомоза (ПГА) — 5 (3,3%), цистопанкреатикоанастомоза — 9 (5,9%), дистальный и проксимальный панкреатикоюноанастомозы после резекции тела железы сформированы 4 (2,6%) пациентам, операции Фрея — 5 (3,3%), операции Бегера — 4 (2,6%), резекции головки ПЖ по Э.И. Гальперину — 3 (1,0%), наложение цистогастроанастомоза — 2 (1,3%) и наложение цистоеюноанастомоза — 8 (5,2%).

Но не всегда было возможно выполнить одномоментную операцию. С целью декомпрессии протоковой системы ПЖ лишь наружное дренирование протока ПЖ (ППЖ) произведено 37 (24,2%) пациентам, что было обусловлено его расширением и следующими патологическими изменениями: операцию выполняли на фоне перитонита у 3 (8,1%) больных, в парапанкреатической клетчатке были обнаружены гнойные очаги — у 12 (32,4%), наложить анастомоз технически было невозможно из-за выраженного отека и инфильтрация ткани ПЖ — у 7 (18,9%), в связи с тяжестью со-

стояния пациента — у 5 (13,5%). При узком ППЖ наружное дренирование протока выполнили 10 (27,0%) больным. Дренирование производили при наличии панкреатико-плеврального свища (3 больных), наличии наружных панкреатических свищей и гнойных парапанкреатических кист, наличии рецидивирующих, особенно множественных кист, сообщающихся с ППЖ и наличии инфекции или тяжелом состоянии больного (7 пациентов). Во время операции всегда накладывали микрогастростому для реинфузии панкреатического сока, проводя конец трубки в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки.

Вторым этапом через 1,5-3 месяца выполняли наложение панкреатикодигестивного анастомоза.

После наложения панкреатикодигестивного анастомоза: панкреатодуоденальную резекцию выполнили 1 пациентке, дистальную резекцию ПЖ — 1, дуоденумэктомию — 1, наложение гастроэнтероанастомоза — 2 и наложение билиодигестивного анастомоза — 5.

Повторные операции на ПЖ отличались большой сложностью и травматичностью, а имеющаяся при этом портальная гипертензия приводила к кровопотере, порой значительной.

Летальность составила 2,1% (3 пациента). Остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** 1. Повторные операции при ХП обусловлены рецидивом обострений и возникновением новых осложнений. 2. Повторные операции могут быть направлены только на устранение осложнений, в том числе и с помощью малоинвазивных методик, которые, как правило, дают временный эффект. 3. Для предупреждения дальнейшего прогрессирования ХП необходимо вмешательство на самой ПЖ (резекция или дренирующая операция, которая может быть одномоментной или двухмоментной).



## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Ширяев Ю.Н., Петрик С.В.

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** разработать показания к наружному дренированию главного протока поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты хирургического лечения 54 пациентов с установленным диагнозом — хронический панкреатит, осложненный протоковой панкреатической гипертензией. Из них хронический паренхиматозно-фиброзный панкреатит выявлен у 1 (1,9%) больного, хронический обструктивный панкреатит — у 11 (20,3%) и хронический кальцифицирующий панкреатит (Марсельско-Римская классификация, 1988 г.) — у 42 (77,8%). Средний возраст больных составил  $44 \pm 2,1$  года. Всем пациентам представленной группы было показано оперативное лечение.

Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 18 (33,4%) больных, которым с целью декомпрессии протоковой системы, было произведено лишь наружное дренирование протока поджелудочной железы, что было обусловлено следующими причинами: операцию выполняли на фоне перитонита у 1 (5,5%) пациента, гнойные очаги в парапанкреатической зоне были обнаружены у 6 (33,3%) пациентов, выраженная кахексия была у 1 (5,5%) пациента, выраженный отек и инфильтрация панкреатической паренхимы вследствие чего наложить анастомоз было технически невозможно — у 6 (33,3%) пациентов и тяжелая сопутствующая патология была выявлена у 4 (22,4%) пациентов. При этом у 7 (38,8%) из них данная операция была окончательной и позволила достичь стойкой ремиссии заболевания. У остальных

11 (61,2%) пациентов, в связи со стойкими нарушениями оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку, вторым этапом выполняли наложение панкреатикодигестивного анастомоза: панкреатикогастроанастомоз наложен (27,3%) пациентам, дистальный и проксимальный панкреатикоеюноанастомозы после резекции тела железы сформированы 1 (9,1%) пациенту и продольный панкреатикоеюноанастомоз сформирован 7 (63,6%) пациентам.

Во вторую (контрольную) группу вошли 36 (66,6%) пациентов, которым выполнено одномоментное наложение панкреатикодигестивного анастомоза: панкреатикоеюноанастомоз — 27 (75,1%), панкреатикогастроанастомоз — 3 (8,3%), цистоеюноанастомоз — 3 (8,3%), поперечный панкреатикоеюноанастомоз — (8,3%) пациентам.

**Результаты.** Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов при такой тактике не было. Но средний койко-день в исследуемой группе составил 45 дней, а в контрольной группе — 23 дня.

**Выводы.** Выбор тактики хирургического лечения хронического панкреатита с протоковой панкреатической гипертензией зависит от формы и стадии заболевания, общего состояния больного. При обострении хронического панкреатита, наличии отека паренхимы поджелудочной железы, обнаружении парапанкреатических инфильтратов и гнойников, общем тяжелом состоянии пациента первым этапом целесообразно выполнять наружное дренирование протоковой системы поджелудочной железы.

## ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ЛОЖНЫМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Миннуллин М.М., Бородин М.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

**Цель исследования.** Выбор оптимального варианта повторного оперативного вмешательства у больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии №1 КГМУ на базе ГМУ РКБ МЗ РТ с 2004 по 2010 гг. оперировано 43 больных с поздними послеоперационными осложнениями, возникшими у пациентов с хроническим панкреатитом, ложными

кистами поджелудочной железы. Чаще наблюдали осложнения после малоинвазивных операций: панкреатические свищи — у 10 (23,3%), рецидив кист поджелудочной железы — у 10 (23,3%), кровотечение в полость кисты — у 3 (7%), сочетание рецидива кисты с пилорoduodenальным стенозом — в 3 (7%) случаях, стеноз цистогastroанастомоза — у 3 (7%) больных. После тра-



диционных вмешательств отмечены рецидивы кист и стриктур вирсунгова протока у 8 (18,6%) больных, конкременты в вирсунговом протоке — у 3 (7%), в 2 (4,6%) наблюдениях диагностирован рак головки поджелудочной железы, в 1 (2,3%) наблюдении стриктура билиодигестивного анастомоза, холелитиаз после ПДР. Осложнения развивались на сроке от 1 месяца до 3 лет. Так, рак поджелудочной железы выявлен у 2 больных через 1 год после первой операции, на которой были допущены ошибки при экспресс-биопсии и плановом гистологическом исследовании.

**Результаты.** У пациентов с наружными панкреатическими свищами дистальную резекцию поджелудочной железы произвели в 7 (16,3%) наблюдениях, панкреатовирсунгоеюностомию выполнили — у 3 (7%) пациентов. У больных с рецидивом кист резекцию поджелудочной железы произвели в 14 (32,6%) наблюдениях, панкреатовирсунгоэктомию — в 5 (11,6%). При кровотечении в полость кисты во всех случаях выполнили дистальную резекцию поджелудочной же-

лезы. У 3 (7%) больных при рецидиве ложной кисты головки поджелудочной железы и пилородуоденального стеноза произведено удаление кист и резекцию 1/2 желудка по Бильрот–II, с наложением дуоденоеюноанастомоза «конец в бок» в авторской модификации. У 1 (7%) больного после дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы выявили конкремент в устье вирсунгова протока, который удалили и сформировали панкреатоеюноанастомоз по Дювалю — Пьюстоу. При раке головки поджелудочной железы, в 1 случае произвели ПДР, в другом холецистоеюностомию. Летальных исходов не было.

**Заключение.** Выбор метода оперативного пособия у больных с поздними осложнениями зависит от его характера и состояния пациентов. Оптимальными вариантами лечения больных с поздними послеоперационными осложнениями являются радикальные методы оперативных вмешательств, направленные на устранение гипертензии в главном панкреатическом протоке, удалении конкрементов и кист поджелудочной железы.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Криворучко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Целью исследования** явилась оценка различных методов лечения осложненных форм хронического панкреатита (ХП) и определение показаний к повторным хирургическим вмешательствам.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 252 больных обоего пола (средний возраст  $42,3 \pm 9,3$ ) за два периода исследования: 1990-2003 гг. (131 больной) и 2004-2011 гг. (121 больной). Причиной возникновения ХП у 79,5% больных был алкоголь. С 2004 г. использовали диагностические критерии ХП в соответствии с рекомендациями Japan Pancreas Society; хирургическая тактика соответствовала рекомендациям Международной организации «Ассоциация хирургов-гепатологов стран СНГ».

**Результаты и их обсуждение.** В первый период исследования выполняли операции по DuVal и Zollinger (8), по Puestow and Gillesby (14), Partington and Rochelle (6), левосторонние резекции (12), внутреннее дренирование кист поджелудочной железы (ПЖ) (42) и обходные симптоматические вмешательства в виде билиодигестивных анастомозов (15), гастроэнтероанастомозов (22) и их сочетания (12). Осложнения возникли у 54 (41,2%) больных. Умерли после операции 8 (6,1%) больных.

Во второй период исследования классическую операцию Whipple's выполнили 15 больным, ПДР по Longmire-Traverso's — 6, дуоденосохраняющую операцию по Beger's и по модифицированным методикам — 12 (6/6), по Frey's — 24, левосторонние резекции — 16, ЭПСТ — 16 (в том числе — 2 стентирование), внутреннее дренирование псевдокист — 48 больным. Осложнения после операций возникли у 32 (26,4%) больных. Умерли после операции 3 (2,5%) больных.

Показаниями к повторным оперативным вмешательствам у 16 (12,2%) больных, оперированных в первый период исследования, были прогрессирующее фиброза ПЖ со стенозированием двенадцатиперстной кишки после наложения билиодигестивных анастомозов (10), рак ПЖ (3) и механическая желтуха после выполнения обходного гастроэнтероанастомоза (3). Были выполнены: операция Whipple's — 8, модифицированная операция Frey's с тонкокишечной вставкой между ПЖ, двенадцатиперстной кишкой, общим печеночным протоком и гуморальным отключением поджелудочной железы (2), гепатикоеюноанастомоз (3), лапаротомия и биопсия (3). Осложнения возникли у 8 больных. Летальных исходов не было.

Показаниями к повторным операциям были у 7 (5,3%): развитие рака ПЖ через 6 мес. после операции Beger's (1), механическая желтуха в связи с прогрессированием фиброза поджелудочной железы после операции Frey's (1) и кратковременный клинический эффект (2-3 года) у 5 больных после ЭПСТ. Были выполнены: модифицированная операция Frey's с тонкокишечной вставкой и гуморальным отключением ПЖ (5), гепатикоеюноанастомоз (1), лапаротомия и биопсия (1). Осложнения возникли у 2 больных. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Учитывая, что у 30-40% больных фиброз первоначально локализуется в головке ПЖ и причинами боли при этом являются протоковая ги-

пертензия (~ 60%) и нейро-гормональная ишемия (~ 40%), у больных ХП более оправданным является применение проксимальных резекций ПЖ. Дуоденосохраняющие операции при ХП являются более физиологичными, их выполнение оправдано только в случаях обязательного гистологического подтверждения доброкачественного характера заболевания. Среди проксимальных резекций ПЖ при осложненном ХП в виде стеноза двенадцатиперстной кишки, непроходимости общего желчного протока и невозможности исключить малигнизацию, методом выбора является ПДР, несмотря на снижение качества жизни у ряда больных после операции.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Курбонов К.М., Даминова Н.М., Шарипов Х.Ю.

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

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** Располагаем опытом диагностики и лечения 9 пациентов с хроническим панкреатитом, которым в разные периоды времени выполняли первичные оперативные вмешательства. Мужчин было 3, женщин — 6. Возраст пациентов был в пределах от 36 до 76 лет.

Перенесенные ранее оперативные вмешательства у больных с хроническим панкреатитом были представлены следующим образом: перенесли холецистэктомию с формированием холедохоеюноанастомоза — 2 пациентов, холецистэктомию с резекцией желудка по Бильрот-I и СтВ — 4, холедоходуоденоанастомоз наложили 1 больному.

Для диагностики хронического панкреатита больным проводили клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Комплексное клинко-инструментальные исследования показали, что причиной

хронического панкреатита в 7 случаях являлся некорригированный дуоденостаз. В этой связи в 6 наблюдениях выполнили резекцию желудка по Ру, в 1 сформировали холедохоеюноанастомоз. Панкреатодуоденальную резекцию выполнили 2 пациентом при головчатом панкреатите.

В послеоперационном периоде гнойно-септические осложнения наблюдали у 3 пациентов. В 1 случае они привели к летальному исходу.

Изучение отдаленных результатов повторных реконструктивно-восстановительных операций при хроническом панкреатите показало, что после желчеотводящих вмешательств хорошие результаты были получены у 2 из 7 оперированных. После радикальной операции во всех (n=2) случаях результаты были хорошими.

**Заключение.** При повторных операциях по поводу хронического панкреатита, предпочтение следует отдавать панкреатодуоденальной резекции.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Малов А.А., Акуленко С.В., Овчинников В.А., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В.

Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова,

ГУЗ Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** оценить роль малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвукового сканирования (УЗС) в лечении послеоперационных

осложнений у пациентов с осложненным хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в

Нижегородской областной больнице проходили лечение 670 больных хроническим панкреатитом, из которых у 237 (35,4%) панкреатит имел осложненное течение. У 212 пациентов отмечено образование псевдокист поджелудочной железы (ПЖ), у 5 больных признаки механической желтухи за счет компрессии холедоха головкой ПЖ, у 19 наблюдали панкреатическую гипертензию, сопровождающуюся болевым синдромом, еще у 1 пациента имелся выраженный упорный болевой синдром на фоне хронического псевдотуморозного панкреатита без панкреатической гипертензии.

Из 212 больных с псевдокистами ПЖ 34 (16,0%) пациентам выполнили открытое оперативное лечение, остальным лечение произвели малоинвазивными способами под контролем УЗС. Показаниями к лапаротомии явились: наличие аррозивного кровотечения в полость кист хвоста ПЖ — у 8 больных, выявление толстой ригидной стенки кист — у 17, препятствующей их быстрой облитерации при катетерном дренировании, нагноение кист, содержащих крупные секвестры — у 9. 8 больным с аррозионным кровотечением в полость кисты выполнили дистальную резекцию ПЖ (3 из них при кровотечении с формированием ложной аневризмы операция дополнена спленэктомией), 17 пациентам наложили панкреатоцистодигестивные анастомозы и еще 9 больным при наличии крупных инфицированных секвестров выполнили наружное дренирование кисты. 5 больным с механической желтухой наложены билиодигестивные анастомозы. 19 пациентам с панкреатической гипертензией выполнили продольную панкреатикоеюностомию. 1 пациенту с выраженным болевым синдромом на фоне хронического псевдотуморозного панкреатита выполнили панкреатодуоденальную резекцию (ПДР).

У 1 пациента после дистальной резекции ПЖ выявлен абсцесс в проекции удаленного хвоста ПЖ, который дренировали под контролем УЗС. Абсцесс санирован, связи с вирусным протоком выявлено не было.

У 1 больного после дистальной резекции ПЖ со спленэктомией диагностировали гематому в ложе удаленной селезенки. В результате серии пункций жидкостная часть гематомы была эвакуирована. Рецидива не наблюдали.

У 2 пациентов после наружного дренирования кисты ПЖ сформировались наружные панкреатические свищи, после закрытия которых были выявлены рецидивы кист. Это потребовало чрезгастрального катетерного дренирования кист под контролем УЗС с формированием панкреатоцистогастроанастомоза на катетере.

У 1 больного после наложения холедоходуоденоанастомоза диагностировали билому, которая была дренирована под контролем УЗС. Дренаж сначала работал по типу неполного наружного желчного свища, но после купирования послеоперационного отека анастомоза и восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, отделяемое по дренажу прекратилось.

У 1 пациента после продольной панкреатикоеюностомии выявили умеренное количество жидкости в малом тазу, по-видимому, за счет подтекания панкреатического сока в брюшную полость. Под контролем УЗС полость малого таза была дренирована, скопление жидкости эвакуировано, через два дня отделяемое прекратилось.

У больного после ПДР был обнаружен абсцесс подпеченочного пространства. Осуществлено дренирование абсцесса под контролем УЗС.

Все больные были выписаны с выздоровлением.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения возникли у 7 (11,9%) из 59 больных, оперированных по поводу осложненного хронического панкреатита. У всех пациентов удалось добиться излечения послеоперационных осложнений с помощью малоинвазивных вмешательств под контролем УЗС.

**Выводы.** Применение малоинвазивных вмешательств под контролем УЗС позволяет эффективно лечить послеоперационные осложнения и избегать релапаротомий.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Парфенов И.П., Карпачев А.А., Францев С.П., Солошенко А.В., Ярош А.Л.,  
Хлынин А.Ю., Полянский В.Д.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 165 больных (мужчин было 139 (84,2%), женщин — 26 (15,8%). Больным было выполнено 192 операции, распределенных на 5 групп:

эндоскопические трансмуральные вмешательства (ЭТМВ) через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (n=49 (25,5%), эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ)

(n=44 (22,9%), перкутанные наружновнутренние дренирования через стенку желудка и ДПК (n=8 (4,2%), чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование псевдокист поджелудочной железы (ПКПЖ) (n=50 (26,0%), операции лапаротомного внутреннего дренирования (n=21 (10,9%), резекционные вмешательства (n=20, 10,4%). Общая послеоперационная летальность составила 1,2%.

Больным с ПКПЖ и дилатацией вирсунгова протока (ВП) выполнили эндоскопическое исследование, позволившее наметить план дальнейшего хирургического вмешательства. ЭТПВ были эффективны в 59,1% наблюдений, остальным больным в последующем были выполнены этапные вмешательства. ЭТМВ были представлены: эндоскопической цистогastro- и дуоденостомией (ЭЦДА и ЭЦГА) у 15 больных, стентированием кистозного образования через заднюю стенку этих органов — ЭЦДА + st и ЭЦГА + st (n=25), у больных с нагноившимися псевдокистами и псевдокистами больших размеров в 9 случаях цистоназальным дренированием.

В 8 случаях было выполнено наружно-внутреннее дренирование ПКПЖ дренажами типа «rig tail», которые устанавливали в полость кисты на 3 месяца для формирования внутреннего соустья с задней стенкой желудка.

У больных с кистозной формой фиброзно-дегенеративного панкреатита выполнили наложение трансдуоденального цистодуодено- или гастродуоденального анастомоза (10 больных). В 4 случаях наложили продольный панкреатикоеюноанастомоз. Показаниями для выполнения данной операции при ХП без дренирующих операций на смежных органах считали наличие интрапанкреатической протоковой гипертензии (не устраненной при эндоскопическом вмешательстве) при отсутствии билиарной гипертензии и нарушений дуоденальной проходимости.

При тубулярном продленном стенозе дистального отдела холедоха в 3 случаях произвели наложение холедоходуоденоанастомоза и в 1 случае — гепатикоеюноанастомоза. При изолированном поражении головки поджелудочной железы (ГПЖ) фиброзно-дегенеративным процессом, в 1 случае выполнили операцию Бегера.

В 20 наблюдениях, когда фиброзно-дегенеративный процесс в ГПЖ сопровождался протоковой гипертензией и болевым синдромом и вовлекал в процесс соседние органы (ДПК, общий желчный проток), нарушая их функции, выполнили ГПДР (летальность составила 10%). У 50 больных при нагноившихся, несформированных псевдокистах, отсутствии связи ВП протока с полостью кисты выполнили наружное дренирование под контролем УЗИ.

*Заключение.* Использование ЭТПВ при ХП, осложненном ПКПЖ позволяет улучшить его результаты, поскольку позволяют с одной стороны диагностировать изменения со стороны ВП, а с другой ликвидировать явления протоковой гипертензии с восстановлением адекватного оттока панкреатического сока, желчи, выполнить внутреннее дренирование псевдокисты, уменьшить болевой синдром. Среди способов наложения эндоскопического соустья необходимо стремиться к выполнению методик, направленных на минимальное рассечение задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки для заведения зонда или стента. Перкутанные дренирования необходимо использовать при несформированных, нагноившихся псевдокистах, невозможности эндоскопического лечения, при кистах, не связанных с ВП. Лапаротомное внутреннее дренирование рассматривается как операция отчаяния при невозможности эндоскопического лечения сформированных псевдокист. Резекционные вмешательства остаются неотъемлемой частью лечения больных при фиброзно-дегенеративных изменениях в ГПЖ.

## ВЫБОР СПОСОБА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

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

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

Винница, Украина

*Цель исследования.* Улучшить диагностику и результаты реконструктивных и восстановительных операций путем применения эндоскопической и операционной панкреато- и холангиографии при выполнении повторных вмешательств у больных с осложненным хроническим панкреатитом.

*Материалы и методы.* С 1975 по 2010 гг. 254 больным с осложненными формами хронического панкреатита были выполнены реконструктивные и восстановительные операции в возрасте 28-76 лет. Мужчин было 198 (78,3%), женщин — 56 (21,7%).



Важное значение в диагностике характера поражения протоковой системы ПЖ придавалось эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и операционной панкреатографии, которые позволили выявить характер и распространенность поражения главного протока ПЖ: изолированный стеноз устья панкреатического протока — у 27 больных, протяженный стеноз в области головки ПЖ с расширением в зоне тела и хвоста органа — у 18, множественные стриктуры и расширения по типу «цепи озер» — у 12, неравномерность протока с участками расширения — у 12, закупорку протока отложениями кальция — у 12, равномерное расширение более 4 мм — у 19 пациентов, у 53 больных после наружного дренирования и marsupialизации по поводу псевдокист ПЖ при нарушенной проходимости протока органа. Кроме того, у 17 пациентов выявили внутренние абдоминальные свищи: панкреатоплевральные — у 4 и панкреатобронхиальные свищи — у 2. Интраоперационная холангиография (а.с. 1183072), выполненная у 81 больного, выявила различные формы холедохолитиаза у 62 больных, декомпенсированный стенозирующий папиллит, осложненный механической желтухой — у 19 пациентов. При множественных стриктурах и расширениях протока ПЖ по типу «цепи озер» у 12 больных и закупорке отложениями солями кальция у 11 пациентов выполнили продольную панкреатоеюностомию (ППЕС) на протяжении 10-12 см с иссечением «крыши протока». У 49 пациентов с различными формами расширения главного протока ПЖ ППЕС выполнили на протяжении 8-10 см. У 28 больных с ХП, осложненным

стойкими наружными свищами, локализованными в области хвоста органа, выполнили иссечение свища, ППЕС на изолированной петле по Ру. При стойких наружных свищах в области тела произвели иссечение свища с резекцией пораженной части тела железы и ППЕС на непересеченной изолированной петле тощей кишки (а.с. 762867). Этот способ органосохраняющей операции позволяет сохранить богатую эндокринными образованиями дистальную часть ПЖ и в значительной степени способствует профилактике развития сахарного диабета. При внутриабдоминальных, панкреатоплевральных и панкреатобронхиальных свищах произвели ППЕС. При стенозе устья панкреатического протока у 27 больных выполнили папиллосфинктеровирсунгопластику. У 18 пациентов с декомпенсированным стенозирующим папиллитом произвели папиллосфинктеропластику. При протяженном стенозе холедоха у 25 пациентов, а также при холедохолитотомии с расширением протока более 15 мм у 48 больных наложили антирефлюксный супрадуоденальный холедоходуоденальный анастомоз (пат. 85986). Умер один больной от инфаркта миокарда.

**Заключение.** Эндоскопическая, интраоперационная панкреатография и холангиография при выполнении реконструктивных и восстановительных операций у больных с ХП дает возможность выявить особенности поражения протоковой системы ПЖ, внепеченочных желчных протоков и выполнить адекватные способы операции и адекватное дренирование, что улучшает результаты лечения больных с тяжелыми осложненными формами ХП.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Кузьменко В.В., Пропп Е.Б., Арестович Р.А.**

*Клиника факультетской хирургии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» на базе областной клинической больницы, Омск, Россия*

Хронический панкреатит (ХП) в 66% развивается после острого и характеризуется присутствием кист в 40%, кальциноза поджелудочной железы (ПЖ) — в 65%, стриктур главного панкреатического протока (ГПП) — в 10% случаев. Пациенты с ХП оперируются в 40-50%.

Проанализированы осложнения и уточнены показания к повторным операциям у 141 пациента с доброкачественными кистами ПЖ. Критерием включения в исследование было наличие у больного: кисты ПЖ с длительностью существования более 3 месяцев после перенесенной операции по поводу острого или ХП. Мужчин было 100, женщин —

41. Ранее 89,9% больных были оперированы в объеме наружного дренирования. Алкоголь в качестве причины заболевания имел место в 66,7%, острый панкреатит — в 63,1%, травма ПЖ — в 7,8%. В 71,6% кисты были осложненные. Доля нагноения кист составила 27,7%, дуоденального стеноза — 7,8%, механической желтухи — 9,9%, панкреатических свищей — 21,3%, синдрома portalной гипертензии — 14,2%, сдавления желудка с нарушением эвакуации — 12,8%. Редкие осложнения (пенетрация, перфорация) были выявлены у 4,3%. Компьютерно-томографическое исследование выполнили 78% больным, информатив-



ность — 96,4%. Вирсунголитиаз диагностирован в 28,2%, дилатация ГПП >5 мм — в 45,5%. Длительность течения ХП изменили спектр повторных оперативных вмешательств.

Доля наружного дренирования уменьшилась с 80,9% до 51,1%. Показания к наружному дренированию: нагноение кисты (n=32), отсутствие связи кисты с ГПП (n=33), тяжелое состояние пациента (n=5).

Доля внутреннего дренирования выросла с 4,3% до 31,9%. Основные показания к внутреннему дренированию: сообщение кисты с ГПП, а также такие признаки ХП, как вирсунголитиаз, кальциноз ПЖ, стриктура ГПП. Внутреннее дренирование без включения в соустье с полым органом ГПП (цистодигестивные соустья, фистулоэюностомия) выполнили у 9,2% пациентов, когда имелись высокий риск осложнений при разделении парапанкреатического инфильтрата или отсутствие дилатации ГПП. Продольную панкреатоеюностомию (ППЕС) выполнили в 22,7%, из них в 9,2% с резекцией головки ПЖ.

Изолированно резекционные операции выполняли в случаях, когда дренирующие методы были неэффективны (10,6%). Показания к дистальной резекции: перфорация кисты в брюшную полость (n=3), пенетрация кисты в полый орган (n=2), неэффективность предшествующих дренирующих

операций (n=3), невозможность исключения рака (n=1). Показаниями к панкреатодуоденальной резекции были: наличие грубых фиброзных изменений в головке ПЖ с механической желтухой и дуоденальным стенозом (n=3) и невозможность исключения рака (n=1). Медиальную резекцию с билатеральной панкреатоеюностомией выполнили при диастазе между дистальной и проксимальной культей ГПП >5 см (n=2). В большинстве случаев на завершающем этапе резекционных вмешательств применялся препарат «Тахокомб». Изолированную цистэктомию выполнили 5 пациентам при отсутствии сообщения кисты с ГПП. 4 пациента оперированы через 2-7 лет после ППЕС, из них 2 по поводу рака головки ПЖ (малигнизация) и 2 — по поводу холелитиаза и рецидивного панкреатиколитиаза на лигатурах панкреатоэнтероанастомоза.

**Заключение.** Увеличение процента диагностируемой протоковой гипертензии при повторных операциях свидетельствует о прогрессировании ХП. К повторным операциям ведет неэффективная или несвоевременная хирургическая тактика. Своевременность диагностики и правильный выбор метода оперативного вмешательства позволят избежать многоэтапности хирургического лечения пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Рахимов Б.М., Галкин И.В., Симатов А.М., Колесников В.В. Баранов В.Р.,  
Рядовой А.А., Калугин А.А.

МУЗ Клиническая больница №5, Тольятти, Россия

**Цель исследования:** оценка непосредственных результатов резекционных и дренирующих операций при хроническом болевом панкреатите.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 54 пациентов с различными формами хронического панкреатита. Мужчин было 48, женщин — 6, в возрасте от 27 до 65 лет. Хронический «головчатый» или «псевдотуморозный» панкреатит диагностирован у 30 пациентов, хронический калькулезный панкреатит с расширением главного панкреатического протока — у 6 пациентов, с узким протоком — у 4 пациента, хронический болевой панкреатит с различного размера постнекротической кистой — у 14. В анамнезе у 8 из 54 пациентов выполненные ранее оперативные вмешательства по поводу хронического панкреатита: панкреатодуоденальная резекция — 1, операции внутреннего дренирования — 5, наруж-

ное дренирование нагноившихся кист поджелудочной железы — у 2. Всем больным проведены УЗИ, СКТ, ЭРПХГ, 3 пациентам дополнительно ЯМРТ. Сахарный диабет диагностирован у 17 пациентов. Всем пациентам проведены полный спектр лабораторно-клинических методов исследования. Выполнены следующие оперативные вмешательства: дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы по Бегеру — 4, резекция головки поджелудочной железы по Фрею — 5, Бернский вариант резекции головки поджелудочной железы — 2, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — 16 пациентам, стандартная панкреатодуоденальная резекция — 4, холецистэктомия с реконструкцией стенозированной гепатикоеюностомии — 2, дистальная резекция поджелудочной железы с постнекротической кистой — 2, продольная панкреатоеюностомия по

Ру — 10 больным, продольная панкреатоюностомия — 4, цистэктомия — 1, реконструкция ранее наложенного панкреатоюноанастомоза с межкишечным анастомозом по Брауну в продольный, на выключенной по Ру петле тонкой кишки — 4.

**Результаты.** Осложнений были отмечены у 14 пациентов: дуоденальный свищ после операции Бегера — 1 (выполнили релапаротомию и исключение двенадцатиперстной кишки из пассажа с ушиванием свища, наложением гастроэнтероанастомоза на отводящую петлю тонкой кишки с выздоровлением пациента). абсцесса брюшной полости — 4 (провели леченные локальными пункциями и вскрытием их с выздоровлением пациента). У 2 пациентов был плеврит, потребовавший плевральной пункции. Умер 1 больной, 63 лет,

страдающий сахарным диабетом и постинфарктным кардиосклерозом, после панкреатоюностомии от острого инфаркта миокарда на 2-е сутки после операции периода. В течени 14 и 8 месяцев оперированы повторно двое больных с рецидивом постнекротической кисты хвоста поджелудочной железы — произвели дистальную резекцию со снятием анастомоза у одного пациента и термино-латеральную панкреатоюностомию на оставшейся культе железы другому пациенту.

**Заключение.** Наш небольшой опыт хирургического лечения пациентов с хроническим болевым панкреатитом показывает вполне удовлетворительные непосредственные результаты. При локализации постнекротических или истинных кист в хвосте поджелудочной железы более обоснована дистальная резекция поджелудочной железы с кистой.

## АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ращинский С.М.<sup>1,2</sup>, Третьяк С.И.<sup>1</sup>, Ращинская Н.Т.<sup>2</sup>, Баранов Е.В.<sup>1</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>1</sup>,  
Громак А.Ф.<sup>2</sup>, Невмержицкий М.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

**Цель исследования.** По данным литературы рецидивы перипанкреатических псевдокист (ППК) после выполнения различных видов хирургических вмешательств у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), отмечают в 10 — 50% случаев. Сроки динамического наблюдения и выбор варианта хирургического лечения остаются вопросами для дискуссии, что и явилось целью данного исследования.

**Материалы и методы.** В период с 2005 — 2010 гг. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 32 пациента, у которых были рецидивные ППК на фоне ХП. У 21 больного (первая группа) были выполнены внутренние дренирующие операции (ВДО) из лапаротомного поперечного субкостального доступа (ЛПСД). Во второй группе (11 пациентов) произвели наружное дренирование под контролем ультразвукового аппарата (НДУ). До операции протокол обследования включал трансабдоминальное УЗИ (в последнее время дополнен эндосонографией), СКТ ОБП, МРТ-холангиопанкреатографию. Оценка показателей качества жизни была проведена с использованием русифицированной версии опросника SF-36 v.2tm.

**Результаты.** В первой группе размеры ППК с наличием жидкостного компонента и секвестров были до 60 мм в диаметре в 4 случаях, в преде-

лах 51-100 мм — у 14 пациентов и более 100 мм — у 3. У всех пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся болевой синдром, и были признаки кальцификации и фиброза ткани поджелудочной железы (ПЖ). Очаг ППК у 4 пациентов располагался в зоне перешейки, проксимальной трети тела ПЖ и в сальниковой сумке. У 17 больных ППК локализовались в проекции дистальной части тела, либо в области хвоста ПЖ и прилежащей к ним перипанкреатической клетчатке. В связи с локализацией ППК, после выполнения цистотомии и некрсеквестрэктомии была произведена панкреатоцистоэнтеростомия на петле по Ру (ПЦЭА) диаметром не менее 5 см. Все анастомозы были наложены с использованием непрерывного однорядного шва монофиламентной нитью. У всех пациентов отмечено стойкое купирование болевого синдрома и улучшение показателей качества жизни.

Размеры ППК с наличием жидкостного компонента и секвестров у больных второй группы были до 60 мм в 5 случаях, в пределах 61-80 мм — у 6 пациентов. Зоной локализации ППК во всех случаях был хвост ПЖ и прилежащие к нему клетчаточные пространства. НДУ оказалось успешным в 7 (63,6%) случаях. У 1 пациента в связи с наличием обструкции главного панкреатического протока проксимальнее зоны поражения ПЖ сформировал-

ся наружный панкреатический свищ (НПС). По этой же причине наступил рецидив (после удаления дренажа) ППК в 3 случаях. Длительное существование НПС и рецидив ППК (36,3%), согласно результатам опросника SF-36 v.2tm, в меньшей мере, чем в первой группе ( $p=0,009$ ) способствовали улучшению качества жизни, что ухудшало прогноз течения ХП.

**Выводы.** ВДО являются предпочтительными хирургическими вмешательствами при наличии при-

знаков ППК II или III типа по D'Egidio — Schein, так как обеспечивают больший прирост показателей физического и психоэмоционального компонентов качества жизни у оперированных больных, что подтверждает правильность активной хирургической тактики. В случаях отсутствия признаков связи ППК с главным панкреатическим протоком целесообразно применение малоинвазивных методов — наружного дренирования под ультразвуковой навигацией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КАК ВАРИАНТА ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ращинский С.М.<sup>1,2</sup>, Третьяк С.И.<sup>1</sup>, Прохоров А.В.<sup>1</sup>, Ращинская Н.Т.<sup>2</sup>, Козлов В.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

При проведении долгосрочных рандомизированных исследований рецидивирование боли и прогрессия хронического панкреатита (ХП) отмечен у 35-40% оперированных пациентов с полученными ранее хорошими результатами. Одной из основных причин неудовлетворительных результатов является неустраненный воспалительный процесс в головке поджелудочной железы (ПЖ).

**Целью** нашего исследования было сравнение результатов выполнения пилоросохраняющего варианта панкреатодуоденальной резекции (ППДР) и неанатомической резекции головки ПЖ по принципу операции Фрея (ОФ) у пациентов, страдающих ХП, по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни, которые обеспечивают эти виды хирургических вмешательств.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты выполнения ППДР и ОФ на базе отделения хирургической гепатологии за период с 2005 по 2010 гг. 17 пациентам, которые ранее были оперированы по поводу осложнений ХП. ППДР была выполнена у 5 больных (первая группа). Все пациенты были мужского пола. Во вторую группу были включены 12 больных, у которых была выполнена ОФ. Среди них было 4 (33,3%) женщины. Сроки наблюдения до выполнения операции в первой группе —  $Me = 19,8$  [4; 34] месяцев. Во второй группе сроки наблюдения —  $Me = 18$  [13; 34] месяцев. Этиологическим фактором, способствующим развитию ХП, у всех пациентов первой группы был алкоголь. У 2 женщин второй группы — билиарный фактор. На реконструктивном этапе, как ППДР, так и ОФ непрерывность желудочно-кишечного тракта была восстановлена за счет непрерывного однорядного шва монофиламентной нитью.

Оценку показателей качества жизни провели с использованием опросника SF-36 v.2tm.

**Результаты.** Анализ результатов в раннем послеоперационном периоде провели по количеству и характеру послеоперационных осложнений. После выполнения ППДР зарегистрированы следующие осложнения: раневая инфекция в 2 случаях, несостоятельность билиодигестивного анастомоза — 1 (что потребовало выполнение релапаротомии в последнем случае).

Летальный исход у 1 пациента был обусловлен кардиоплегией в раннем послеоперационном периоде, вследствие нарушения ритма сердечных сокращений (инфаркт миокарда в анамнезе). У пациентов во второй группе было отмечено только нагноение послеоперационной раны в двух случаях.

В группе пациентов, которым была выполнена ППДР, отмечено достоверное улучшение ( $p<0,0006$  по критерию Уилкоксона) показателей РН с 32,1 (28,7-33,9) до 46,6 (44,6-49,4), МН — с 27,7 (20,6-30,7) до 53,3 (49,6-53,8), ВР — с 12 (0-32) до 100 (84-100). Аналогичные данные, свидетельствующие об эффективности хирургического вмешательства, получены и в группе больных, которым выполнили ОФ ( $p<0,0006$ ), показатели РН — с 27,8 (27-30,1) до 45,8 (44,4-46,8), МН — с 25,1 (22,1-27,3) до 54,6 (51,1-55,2), ВР — с 17,0 (12-22) до 92 (84-100). При сравнении результатов лечения в двух группах по критерию U-Манна-Уитни достоверного различия РН ( $p<0,11$ ), МН ( $p<0,47$ ), ВР ( $p<0,83$ ) не отмечено.

**Выводы.** На основании полученных данных как ППДР, так и ОФ адекватно купируют болевой синдром и улучшают качество жизни пациентов, страдающих ХП. Предпочтение, при равных ус-

ловиях, следует отдавать ОФ, так как она обеспечивает больший прирост некоторых показателей

физического и психоэмоционального компонентов качества жизни у оперированных больных.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Салимгареев И.Э., Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Нагаев Ф.Р.

Бакирский государственный медицинский университет,  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненным хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Приведен опыт оперативного лечения 376 пациентов с осложненным ХП, находившихся на лечении с 1995 по 2010 гг. Наблюдается увеличение количества операций от 12 в 1995 году до 29 в 2010 году. Дистальных резекций поджелудочной железы (ПЖ) выполнено 26 (6,9%), гастропанкреатодуоденальных резекций — 14 (3,7%), секторальных резекций — 2 (0,5%), изолированных цистэктомий — 12 (3,2%), панкреатоеюностомий — 55 (14,6%), панкреатоцистоеюностомий — 93 (24,7%), панкреатоцистогастротомий — 65 (17,4%), панкреатоцистодуоденостомий — 7 (1,9%), панкреатофистулоюностомий — 8 (2,1%), панкреатофистулогастротомий — 2 (0,5%). Наружное дренирование кист выполнено в 39 случаях (10,4%), дренирование под УЗИ-контролем — в 7 (1,9%). Операций на смежных с ПЖ органах выполнено 46 (12,2%).

**Результаты.** Отдаленные результаты хирургического лечения оценены у 342 (91,0%) пациентов. Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения получены у 302 (88,3%) больных. Отдаленные результаты несколько лучше после резекционных оперативных вмешательств (77,8% хороших результатов при гастропанкреатодуоденальной резекции, 88,2% — при дистальной резекции, 87,5% — при цистэктомии), чем после операций внутреннего дренирования (соответственно 75,0% хороших результатов при панкреатоеюностомии, 78,0% — при панкре-

атоцистоеюностомии на выключенной по Ру петле). В случаях внутреннего дренирования кист ПЖ лучшие отдаленные результаты наблюдали при анастомозировании кисты с выключенной по Ру петлей тощей кишки (78,0% хороших результатов), чем с желудком (71,4%) или с двенадцатиперстной кишкой (58,2%). При наружном дренировании было отмечено 50% хороших результатов.

Повторные операции в отдаленном послеоперационном периоде были выполнены у 35 (9,3%) пациентов: после панкреатоцистогастротомии — у 10 (15,4% всех операций данного вида), после наружного дренирования — у 7 (17,9%), после панкреатоеюностомии — у 6 (10,9%), после панкреатоцистоеюностомии — у 5 (5,4%), после гастроэнтеростомии — у 3 (60%), после закрытых оперативных вмешательств под контролем УЗИ — у 2 (28,6%), после дистальной резекции — у 1 (3,8%), после холецистоеюностомии — у 1 (11,1%).

**Заключение.** Отдаленные результаты после резекций ПЖ лучше, чем после операций внутреннего дренирования и гораздо лучше, чем после операций наружного дренирования. Отдаленные результаты лучше при операциях внутреннего дренирования кист ПЖ с выключенной по Ру петлей тощей кишки, чем с желудком или с двенадцатиперстной кишкой.

Частота повторных оперативных вмешательств после резекций ПЖ ниже, чем после дренирующих операций. При дренирующих оперативных вмешательствах наименьшее число повторных операций наблюдается после панкреатоцистоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Новикова Н.В., Минеев Д.А., Осокин А.С., Гаврилов В.А.  
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
МУЗ Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия

Широкое внедрение в клиническую практику методов медицинской визуализации, совершенство-

вание миниинвазивных технологий открыло новые горизонты в лечении псевдокист поджелудочной



железы (ПЖ). Многообразие хирургической тактики, рецидивы заболевания, тяжелые послеоперационные осложнения делают лечение кист ПЖ актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения кист ПЖ за счет выбора оптимальной хирургической тактики.

**Материалы и методы.** Оперировано 72 пациента с кистами ПЖ, средний возраст больных составил  $48 \pm 4,6$  лет. По экстренным показаниям оперированы 24 (33,3%) больных, в отсроченном порядке — 13 (18,1%), в плановом порядке — 35 (48,6%) пациентов. Постнекротические кисты выявлены у 61 (85,3%) пациента, посттравматические — у 11 (14,7%). Наиболее информативными методами обследования являлись УЗИ, КТ, МРТ, РГПХ, эндоскопическая ультразвуковая сонография. Из них в 28 (38,5%) наблюдениях кисты были расположены интрапанкреатически. 52 (72,5%) больным ранее выполнили различные открытые и миниинвазивные операции на ПЖ. Множественные кисты ПЖ по данным комплексного обследования диагностированы у (28,4%) пациентов. По поводу осложнений кист ПЖ оперировано 15 (20,8%) пациентов: нагноение кисты

было отмечено у 9 (12,5%) больных, кровотечение в полость кисты — у 2 (3%), перфорация в брюшную полость — у 4 (5,6%) больных.

**Результаты.** Различные варианты внутреннего дренирования кист ПЖ произведены у 48 (66,7%) больных; корпорокаудальные резекции ПЖ — у 9 (12,5%), чрескожные пункции под контролем УЗИ с последующим дренированием выполняли у 7 (9,7%), проекционная минилапаротомия под контролем УЗИ с наружным дренированием кисты — у 8 (11,1%). При открытых операциях интраоперационная ревизия гепатопанкреатодуоденальной зоны являлась определяющим и завершающим этапом при выборе метода оперативного лечения кист ПЖ.

Послеоперационные осложнения развились у 12 (16,7%) больных, послеоперационная летальность составила 3% (2 больных).

**Выводы.** Оптимальным методом хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы является цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Радикальным методом хирургического лечения кистозных образований дистального отдела ПЖ является корпорокаудальная резекция ПЖ с сохранением селезенки.

## ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Зайцев О.В., Песков О.Д., Соколова С.Н., Баконина И.В., Натальский А.А.

Рязанский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова,  
Рязанский городской центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих протоков,  
МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия

**Цель исследования.** Изучить причины неудачных исходов операций внутреннего дренирования кист поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП). Поиск оптимальных способов повторных и первичных способов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** С 1999 г. в клинике выполнено 30 операции внутреннего дренирования кист ПЖ. Преобладали варианты анастомозирования кисты с выключенной петлей тощей кишки (по Ру, Шалимову, Брауну), в 3 случаях сформировали цистодуоденоанастомоз (киста головки ПЖ интимно спаянная с двенадцатиперстной кишкой). Показаниями к операции служили: болевой синдром с гиперамилаземией и компрессионные осложнения кист. В 10 случаях отдаленный результат лечения оказался неудовлетворительным — рецидива ки-

сты не наблюдали, но отмечали сохранение и прогрессирование клиники ХП. При обследовании у этих пациентов отмечали диффузные изменения в паренхиме ПЖ с увеличением головки железы в размерах и в 5 случаях с расширением вирсунгова протока. Повторно оперировано 4 пациента.

**Результаты.** 2 пациентам сформировали продольный панкреатоэнтероанастомоз, в 2 других случаях выполнили операцию Вегер (Бернский вариант) и операцию Frey. Во всех 4 случаях интраоперационно диагностировали полное рубцевание цистоеюноанастомозов и выраженные фиброзные изменения в ПЖ с расширением вирсунгова протока и калькулезом железы. У пациентов после резекций ПЖ и в 1 случае после продольного панкреатоэнтероанастомоза выявлен нетяжелый сахарный диабет при последующем наблюдении.



В последние три года операции изолированного внутреннего дренирования кист ПЖ не выполняли. При интрапанкреатически расположенных кистах выполняли резекции ПЖ по типу Frey (3 наблюдения) или Бернский вариант операции Veger (2 наблюдения) с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. При больших экстрапанкреатических кистах лечение начинали с мининвазивной постановки дренажа и длительного дренирования. У ряда пациентов длительное дренирование позво-

ляет добиться ликвидации кисты и ремиссии ХП (4 наблюдения), других же подготовить к резекционному вмешательству на ПЖ (2 наблюдения).

**Выводы.** При возникновении показаний к повторным операциям после внутреннего дренирования кист, предпочтение следует отдавать резекционным вмешательствам на проксимальных отделах ПЖ. Показания к операциям изолированного внутреннего дренирования кист следует существенно ограничить.

## ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Зайцев О.В., Песков О.Д., Соколова С.Н.

*Рязанский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова,  
Рязанский городской центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих протоков,  
МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия*

**Цель исследования.** Изучение причин неудачных исходов операций наружного дренирования кист поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП). Поиск оптимальных способов повторных и первичных операций.

**Материалы и методы.** В клинике производится наблюдение за группой пациентов, оперированных по поводу кист ПЖ с 1999 года. Операции наружного дренирования (лапаротомный способ) выполнены у 29 пациентов. Показаниями к операции служили: прогрессирующее увеличение кисты на фоне недостаточной сформированности ее стенки; инфицирование кистозного содержимого; разгерметизация стенки кисты. В 15 наблюдениях операция приводила к функционированию панкреатической фистулы, а в 8 случаях свищ оказался стойким и не закрывался на фоне консервативной терапии. У 3 пациентов отмечали сохранение клиники рецидивирующего ХП (при ультразвуковом исследовании диагностировали диффузное изменение паренхимы ПЖ без расширения протоковой системы и рецидивирования кист), еще у 1 пациента после операции отмечали сохранение клиники ХП с расширением вирсунгова протока. У 1 пациентки через год после операции отмечен рецидив кисты. Таким образом, в 13 наблюдениях констатировали неудовлетворительный результат и возникли показания к повторному хирургическому лечению. Согласие на операцию дали 9 пациентов (8 из них с панкреатическими фистулами).

**Результаты.** На этапе до 2005 г. при свищах хвоста и тела ПЖ выполняли необходимую по объему дистальную резекцию ПЖ (5 пациентов). При дальнейшем наблюдении за больными в 2 случаях

после дистальной резекции отмечали сохранение клиники ХП, при ультразвуковом исследовании — диффузные изменения паренхимы в проксимальных отделах ПЖ. Данный факт заставил практически полностью отказаться от дистальных резекций в лечении свищей. У 2 другим пациентам были выполнены проксимальные резекции ПЖ (резекция головки, резекция головки и большей части тела) с удовлетворительными отдаленными результатами. В обоих случаях свищ впадал в главный панкреатический проток в области перешейка, отмечали выраженное фиброзное перерождение паренхимы головки и перешейка с атрофическими изменениями в хвосте ПЖ.

В 1 случае свищ удалось ликвидировать формированием продольного панкреатоеюноанастомоза с хорошим отдаленным результатом. Одному пациенту (18 лет) с расширением вирсунгова протока через год после наружного дренирования выполнили эндоскопическую папилосфинктеротомию, что привело к стиханию клинических проявлений ХП.

Последние два года наружное дренирование кист производили мининвазивно под контролем ультразвука. Во всех случаях достигнут хороший результат.

**Выводы.** Операция открытого наружного дренирования кист не носит радикального характера при ХП и должна быть заменена мининвазивными вмешательствами, которые позволяют щадящим способом ликвидировать угрожающие жизни осложнения и выполнить в дальнейшем (после оценки состояния паренхимы ПЖ и ее протоковой системы) более патогенетически обоснованное оперативное вмешательство.

## ЛЕЧЕБНО–ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Якута И.С., Неверов П.С.

Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями,

УЗ «10 Городская клиническая больница»,

Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии постдипломного образования,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования:** определить наиболее оптимальный комплекс диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с ложными аневризмами сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

**Материал и методы.** В Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2005 по 2010 гг. оперировано 69 пациента с панкреатогенными кровотечениями. У 49 из них на основании клинических данных, результатов инструментальных методов исследования, интраоперационной картины и биопсийного материала диагностировали ложные аневризмы в висцеральном сосудистом бассейне гепатопанкреатодуоденальной зоны. Пациенты были в возрасте от 32 до 68 лет, мужчин — 43, женщин — 6.

Диагностический алгоритм у больных с панкреатогенными кровотечениями, обусловленными ложными аневризмами сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны, включал проведение: 1) целенаправленной (с учетом анамнеза по хроническому панкреатиту) ФЭГДС с детальным осмотром постбульбарной зоны двенадцатиперстной кишки, области Фатерова сосочка, кардиального отдела и дна желудка; 2) скринингового УЗИ брюшной полости с дуплексным сканированием; 3) СКТ с болюсным контрастным усилением, дополненного, по возможности, РХПГ, эндосонографией, ангиографией.

ФЭГДС и СКТ с болюсным контрастным усилением являются, на наш взгляд, наиболее информативным диагностическим комплексом, который во всех случаях позволил детализировать патологические изменения в поджелудочной железе (степень деструктивно-дегенеративных и фиброзно-склеротических изменений паренхимы, наличие кальцинатов, псевдокист, вирусного гепатита, панкреатической протоковой гипертензии), произвести ангиографическое исследование с определением точной локализации ложной аневризмы и ее сообщения с панкреатической протоковой системой, просветом желудочно-кишечного тракта и точно определить уровень его поражения.

В результате обследования ложная аневризма селезеночной артерии выявлена в 11 случаях, ложные аневризмы гастродуоденальной артерии и ее ветвей диагностировали у 23 больных, из нижних поджелудочно-двенадцатиперстных артерий — 2 аневризмы.

Наличие панкреатогенного кровотечения вследствие формирования ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны считаем показанием к хирургическому лечению, сроки и объем которого определяют строго индивидуально и зависят они, в первую очередь, от интенсивности и объема кровопотери. Рентгеноваскулярное выключение ложной аневризмы из кровотока рассматривали в качестве временного достижения гемостаза на этапе предоперационной подготовки. Применение минимального, но высокоинформативного диагностического комплекса позволило в экстренном порядке точно установить диагноз и дало возможность провести параллельно в полном объеме лечебные мероприятия, включающие тщательную коррекцию гемодинамических и гематологических показателей, проведение дезинтоксикационной, антисекреторной и антибактериальной терапии, выявление и коррекцию сопутствующей соматической патологии.

Все пациенты оперированы.

**Результаты.** При динамическом наблюдении на состоянии пациентов показаний к релапаротомии, а также летальных исходов не было.

**Выводы.** 1) сочетание ФЭГДС и СКТ с болюсным контрастным усилением следует считать стандартом диагностики ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны, который не требует проведения дополнительных сложных и не всегда доступных в круглосуточном режиме диагностических манипуляций. 2) проведение параллельной адекватной предоперационной подготовки позволяет сделать переносимым радикальное одномоментное хирургическое лечение у этой группы пациентов.

## ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С.А., Козик Ю.П., Неверов П.С.

Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями,

УЗ «10 Городская клиническая больница»,

Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии постдипломного образования,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования:** обосновать целесообразность радикального хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным кровотечением, после ранее перенесенных операций на поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** В центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 2005-2010 гг. оперировано 69 пациентов по поводу панкреатогенного кровотечения (ПК), 14 из них были повторными и реконструктивными. Возраст больных был в пределах от 32 до 75 лет, женщин было 4, мужчин — 10. Объем первичных хирургических вмешательств: лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки (ДСС), брюшной полости (БП) — 3; холецистэктомия, секвестрэктомия, ДСС, БП — 3; холецистэктомия, ХДА, секвестрэктомия, ДСС и БП — 1; ХДА, дуоденоюноанастомоз на выключенной по Ру петле — 1; ГЭА на длинной петле с Брауновским соустьем — 1; формирование цистоэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем — 1; формирование цистоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле — 2; формирование цистогастроанастомоза — 1; иссечение кисты ПЖ — 1.

Интраоперационная картина характеризовалась сложностью патоморфологической структуры очага поражения с множественными полиорганными деструкциями, что потребовало выполнения в 3 случаях обширных дистальных резекций ПЖ, спленэктомии, дополненных иссечением цистогастроанастомоза и гастропластикой (1), иссечением цистоэнтероанастомоза, дна желудка и зоны деструкции селезеночного угла ободочной кишки (1), резекцией селезеночного угла ободочной кишки, формированием панкреатоэнтероанастомоза с головкой ПЖ (1). Центральная резекция ПЖ (перешеек и часть

тела) с ранее сформированным цистопанкреатоэнтероанастомозом по Брауну, иссечение цистогастрального свища, гастропластика, формирование панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле произвели в 1 случае. Второму пациенту выполнили вскрытие гигантской псевдокисты, частичную резекцию головки и тела ПЖ с панкреатическим свищом и ХДА, сформировали дистальный панкреатоэнтероанастомоз по Ру. 4 пациентам произвели пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (пПДР), дополненную в 2 случаях резекцией ранее сформированного ХДА и гепатикохоледох. Изолированную резекцию головки поджелудочной железы со вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз (операция Бегера) выполнили в 1 случае. Тотальную дуоденопанкреатэктомию произвели 2 пациентам с формированием двухпетлевых анастомозов на выключенных по Ру петлях. Органосохраняющий вариант реконструктивной операции выполнили в 2 случаях: иссечение изолированной кисты головки ПЖ и зоны деструкции задней стенки постбульбарного отдела ДПК с лигированием аневризмы а. gastroduodenalis, дуоденопластикой, а также иссечение эктопии ПЖ в стенку ДПК с псевдодивертикулом, радикальная сегментарная дуоденопластика с дуоденохоледоходуоденоанастомозом.

**Результаты.** При динамическом наблюдении за состоянием пациентов летальных исходов и показаний к релапаротомии не было.

**Выводы.** Полученные удовлетворительные результаты позволяют сделать предварительное заключение о целесообразности проведения экстренных повторных хирургических вмешательств по поводу ПК в объеме одномоментных, реконструктивных и радикальных операций.

## ВАРИАНТЫ ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Третьяк С.И.<sup>1</sup>, Ращинский С.М.<sup>1,2</sup>, Ращинская Н.Т.<sup>2</sup>, Баранов Е.В.<sup>1</sup>, Козлов В.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

**Цель исследования.** По данным литературы неудовлетворительные результаты хирургического лечения различных осложнений хронического панкреатита (ХП) отмечаются у 10–45% пациентов. Поэтому сроки динамического наблюдения, характер медикаментозной терапии и выбор последующего варианта повторной или реконструктивной операции (ПРО) остаются вопросами для дискуссии.

**Материалы и методы.** В период с 2005 по 2010 гг. на базе отделения хирургической гепатологии было оперировано 672 пациента по поводу различных осложнений ХП. Из них у 59 (8,78%) человек хирургические вмешательства носили характер ПРО (различного объема операции по поводу ХП в анамнезе). Средний возраст пациентов —  $Me=41,5 \pm [6,5-12]$  лет. Среди них было 49 мужчин и 10 женщин. У 54 (91,5%) больных причиной развития ХП являлся алиментарно-токсический фактор. До операции протокол обследования включал УЗИ и СКТ органов брюшной полости, эндосонографию, ЭРХПГ или МР-холангиопанкреатографию. Оценка результатов ПРО была проведена с использованием опросника SF-36 v.2tm.

**Результаты.** В клинической картине заболевания у 55 (93,2%) пациентов имел место стойкий болевой синдром, синдром холестаза был отмечен в 37,3% случаев, наружные панкреатические свищи (НПС) у 3 человек, панкреатогенный асцит — у 4, а явления дуоденальной непроходимости у 10 больных.

Вышеперечисленные вспомогательные методы исследования позволили выявить следующие осложнения, связанные с ХП: увеличение головки поджелудочной железы (ПЖ) у 20 (33,9%) пациентов, наличие интрапанкреатических и (или) перипанкреатических псевдокист в 39 (66,1%) случаях. Псевдокисты в головке ПЖ были у 7 больных (в 2 случаях сочетание «головка + хвост»). У 25 пациентов кистозные образования располагались в зоне тела ПЖ или имели сочетанное расположе-

ние в зоне «тело + хвост». Изолированная локализация в зоне хвоста ПЖ отмечена в 7 случаях. Тромбоз в системе воротной вены верифицирован у 12 больных. Псевдоаневризмы на фоне псевдокист ПЖ — у 4 пациентов. В 3 случаях были обнаружены абсцессы в области хвоста ПЖ и селезенки (в последующем выполнили дистальную резекцию ПЖ со спленэктомией). У 4 пациентов с билиарной этиологией ХП наличие холедохолитиаза и протяженной стриктуры желчных протоков потребовало наложения билиодигестивного анастомоза (БДА).

При преимущественной локализации процесса в головке ПЖ выполнили пилоросохраняющую ПДР в 5 случаях (1 летальный исход), а у 7 пациентов — вариант операции Фрея. Характер и объем оперативного вмешательства при псевдокистах ПЖ определялся зоной их локализации. У 5 больных с интрапанкреатическими кистами головки ПЖ выполнили операцию Фрея. У 21 пациента (локализация «тело» или «тело + хвост») оперативное вмешательство было закончено наложением панкреатоцистоэнтероанастомоза. При изолированном расположении перипанкреатических псевдокист в области хвоста ПЖ выполнили наружное дренирование под контролем ультразвукового аппарата. НПС ликвидировали наложением продольных панкреатикоеюноанастомозов.

После оперативного лечения у опрошенных респондентов, выявили улучшение всех показателей, характеризующих физический и психоэмоциональный компонент здоровья ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** На выбор адекватного индивидуального хирургического пособия при выполнении ПРО у пациентов, страдающих ХП, влияет локализация основного патологического очага в ПЖ, предшествующее лечение, характер сопутствующей патологии. При выполнении ПРО целесообразно использовать две основные группы хирургических вмешательств: дренирующие операции и методики резекции различных анатомических отделов ПЖ.



## ТАКТИКА И ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Третьяков А.А., Петренко А.Г., Щетинин А.Ф., Слепых Н.И., Неверов А.Н.  
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,  
Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Оптимизация хирургической тактики при хроническом панкреатите на основе оценки результатов дренирующих и резекционных вмешательств на ПЖ при различных клинико-морфологических формах.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 67 больных с осложненными формами хронического панкреатита. Мужчин было 52, женщин — 15. При сочетании кисты головки ПЖ и рубцовой стриктуры главного панкреатического протока (ГПП) в 4 случаях произвели комбинированную операцию — цистодуоденостомию и продольная панкреатоеюностомия на выключенной по Ру петле, 17 больным — продольную панкреато — и цистоеюностомию.

При короткой стриктуре ГПП эндоскопическая папиллосфинктеро- и вирсунготомия произвели 3 больным, трансдуоденальную папиллосфинктеро- и вирсунгопластику с применением микрохирургической техники — 4 пациентам. 11 пациентам с рубцовой стриктурой вирсунгова протока в зоне БДС более 1 см и равномерном его расширении в остальных частях выполнили панкреатоеюностомию на участке 3-3,5 см.

У 10 больных с хроническим кальцифицирующим панкреатитом выполнили продольную панкреатоеюностомию, при этом вместе с обызвествленным панкреатическим протоком иссекали прилежащие к нему фиброзноизмененные ткани ПЖ. У 12 больных было по две псевдокисты, одна из которых располагалась в ткани ПЖ, другая в сальниковой сумке. Характер оперативного вмешательства у них зависел от наличия или отсутствия связи кист с протоковой системой. У 7 больных кисты, располагавшиеся в парапанкреатическом пространстве, сообщались с протоковой системой. Этим больным наложили два соустья — с вирсунговым протоком и кистой на V-образно выключенной петле. У 5 пациентов внепанкреатические кисты, не сообщав-

шиеся с протоковой системой, были иссечены. При нарушении проходимости желчного протока создавали отдельные анастомозы с панкреатическим и желчным протоком. Дистальную субтотальную резекцию со спленэктомией выполнили 3 больным, дистальную субтотальную с сохранением селезенки — 1, корпорокаудальную резекцию со спленэктомией — 2, корпорокаудальную резекцию с наложением панкреатоеюноанастомоза конец-в бок — 1. При головчатой форме ХП ПДР выполнили 2 больным, операцию Frey — 2.

Панкреатические свищи, возникшие после перенесенного острого панкреатита или травмы ПЖ, ликвидировали путем наложения панкреатоеюнальных соустьев в различных комбинациях.

**Результаты.** Всего при выполнении 73 хирургических вмешательств у 67 больных отмечено 20 осложнений: нагноение послеоперационной раны, обострение ХП, обострение хронического холангита. У 3 больных возникла несостоятельность анастомоза, сформировались наружные свищи, по поводу которых были предприняты повторные реконструктивные операции.

В отдаленном послеоперационном периоде у 47 больных исчезли или стали менее интенсивными боли, у 18 пациентов из 27 исчезли клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Рецидивы обострения панкреатита в связи с нарушением режима питания возникли у 11 больных.

Таким образом, выбор способа хирургического лечения зависит от степени морфологических изменений в паренхиме ПЖ и в главном панкреатическом протоке, от наличия или отсутствия связи кисты с панкреатическим протоком, от степени выраженности и протяженности обструкции панкреатического протока и должен решаться во время оперативного вмешательства после оценки результата операционной вирсунгографии и срочного гистологического исследования ткани железы.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Далгатов К.Д., Чеченин Г.М., Греков Д.Н., Лукин А.Ю.,  
Тавобилов М.М., Шиков Д.В.

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина,  
Курс гепатопанкреатобилиарной хирургии Российской медицинской академии последипломного  
образования, Москва, Россия

Основная причина формирования панкреатических свищей — деструктивный панкреатит и травма поджелудочной железы. В исходе хирургического лечения больных панкреонекрозом или травмы поджелудочной железы наружные панкреатические свищи формируются в 20-35% случаев. Поэтому вопросы определения тактики лечения и выбора оптимального способа хирургического наружных панкреатических свищей весьма актуальны.

За период с 2007—2010 гг. в ГКБ им. С.П. Боткина на лечении находились 37 пациентов с наружными панкреатическими свищами. Полные панкреатические свищи имели место у 18 (48,7%) пациентов. У 9 (24,3%) больных имелся полный панкреатический свищ, исходно формировавшийся хирургами при первичном вмешательстве как в случаях крупноочагового панкреонекроза с локализацией в области головки и тела поджелудочной железы, в 4 (10,8%) случаях — при хирургических вмешательствах по поводу полного поперечного разрыва в области перешейка и тела поджелудочной железы. В 5 (13,5%) случаях полный панкреатический свищ формировался на фоне дренирования инфицированных постнекротических кист в области головки и тела поджелудочной железы. Неполные панкреатические свищи имели место в 19 (51,3%) случаях. У 16 (43,2%) пациентов неполный наружный панкреатический свищ сформировался после дренирования парапанкреатических жидкостных скоплений на фоне мелкоочагового панкреонекроза в области тела и хвоста поджелудочной железы, а у 3 (8,1%) — в результате неполного посттравматического разрыва паренхимы или фрагментации хвоста поджелудочной железы.

У больных со сформированным наружным панкреатическим свищем, выполняли комплекс диагностических мероприятий для выбора способа лечения. Определяли содержание амилазы в отделяемом по свищу, выполняли фистулографию, при необходимости МРХПГ, для определения взаимосвязи с

главным панкреатическим протоком. В обязательном порядке выполняли КТ с контрастированием для определения характера изменений в поджелудочной железе.

У 6 (16,2%) больных с неполными панкреатическими свищами без связи с главным панкреатическим протоком консервативное лечение с помощью аналогов сандостатина привело к излечению без оперативного вмешательства. 7 (18,9%) больным с неполными панкреатическими свищами в области хвоста поджелудочной железы, а также при его фрагментации выполнены корпокаудальные резекции. Продольную панкреатоюностомию выполнили 6 (16,2%) больным, у которых имелся неполный панкреатический свищ со связью с главным панкреатическим протоком в области тела. Всем 13 (35,1%) больным с полными панкреатическими свищами в области головки или перешейка поджелудочной железы выполнили дренирующее вмешательство — продольную панкреатоюностомию. Интрапаренхиматозные резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоюностомией (Бегера, Фрея) выполнили 5 (13,5%) больным, у которых имелись признаки хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Летальность на фоне применения хирургического лечения составила 2,7%: один пациент умер на фоне декомпенсации кардиологической патологии.

Таким образом, выбор способа хирургического лечения у больных с наружными панкреатическими свищами зависит от наличия связи свища с главным панкреатическим протоком и его локализации в различных отделах поджелудочной железы, а также тактику лечения определяет комплексная оценка изменений паренхимы поджелудочной железы. Хирургические вмешательства у больных с наружными панкреатическими свищами должны носить органсберегающий характер.

## II. НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Изучены результаты эндоскопического лечения 166 больных с резидуальным и рецидивным холедохолитиазом, пролеченных в РНЦЭМП за период 2002 — 2010 гг. Возраст больных колебался в пределах от 22 до 89 лет. Традиционную холецистэктомию ранее выполнили 107 больным, а лапароскопическую — 59. Первые клинические проявления постхолецистэктомиического синдрома (ПХЭС), обусловленного холедохолитиазом, в течение первого года появились у 121 (72,8%) больного, в сроки от 1 до 3 лет — у 37 (22,2%) и через 3 года после перенесенной холецистэктомии лишь у 8 (4,8%) пациентов.

У 107 (64,4%) больных приступы сопровождались механической желтухой, а у 44 (19,2%) — клиникой гнойного холангита.

Непосредственный осмотр области большого дуоденального сосочка (БДС) произведенный на фоне приступа и желтухи, позволил выявить целый ряд характерных патологических признаков: взбухание продольной складки и БДС в просвет двенадцатиперстной кишки, отек и гиперемия в области сосочка, наличие на нем фибринового налета и выделение из устья БДС гнойной желчи. Осмотреть ущемленный конкремент непосредственно в устье БДС удалось у 24 больных. При этом больным выполняли ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ).

У 86 больных произвели литоэкстракцию. Показанием к литоэкстракции служили соразмерность терминального отдела холедоха и конкрементов. Литоэкстракция удалась у 75 больных, у 4 пациента произошло ущемление корзинки вместе конкрементом в терминальном отделе холедоха, потребовавшее холедохолитотомию с дренированием холедоха.

При несоразмерности размеров конкрементов с просветом БДС требуется насильственное их раздробление и извлечение. 22 больным литоэкстракция удалась после фрагментации конкремента до необходимых размеров механическим литотриптором.

В 14 случаях в связи с невозможностью захвата конкремента в петлю механического литотриптора выполнить механическую литотрипсию не удалось. В этих случаях с производили эндоскопическое назобилиарное дренирование (НБД).

НБД не всегда предупреждает повторную обтурацию гепатикохоледоха конкрементом, а диаметр катетера (2 мм) при его длине 2 м, с учетом высокой вязкости желчи, не позволяет обеспечить адекватную декомпрессию при повторной обтурации. Из 5 больных после НБД у 2 отмечена атака холангита с бактериемическим шоком, потребовавшим холедохолитотомию, санации и наружного дренирования холедоха.

Был разработан новый способ НБД, отличающийся спиралевидной формой катетера. Применение данного метода было эффективным у 18 больных.

В последующем все больные были оперированы на 3-5 сутки после НБД.

Таким образом, ЭПСТ с литоэкстракцией остается методом выбора в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза. При несоответствии размеров конкремента и терминального отдела холедоха методом выбора является литоэкстракция после механической литотрипсии. Использование назобилиарного дренажа оригинальной конструкции позволяет предупредить повторное вклинение конкремента.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Бунин В.А., Краденов А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения пациентов холедохолитиазом.

**Материалы и методы.** Миоэлектрическая активность желудочно-кишечного тракта (МЭА ЖКТ) была оценена методом электрогастроинтестинографии (ЭГИГ) у 223 пациентов, в том числе у 89 «условно здоровых» добровольцев и 134 больных с холедохолитиазом. Из 134 пациентов с желчно-каменной болезнью (ЖКБ) подвергнуты эндоскопической литоэкстракции (ЭЛЭ) были 83, традиционной холедохолитотомии — 51. Пациенты, подвергнутые ЭЛЭ, составили основную группу; «традиционной» холедохолитотомии — контрольную. В зависимости от особенностей миоэлектрической активности ЖКТ в каждой группе выделили 3 подгруппы: с гипо-, нормо- и гипермоторным типом.

У всех пациентов основной и контрольной групп выполняли интраоперационный забор и микробиологическая оценка обсемененности желчи.

**Результаты.** При сравнительном анализе размаха показателей суммарных мощностей МЭА ЖКТ «условно здоровых» добровольцев (контрольная группа) и пациентов с ЖКБ (основная группа) при гипо- и гипермоторном типе миоэлектрической активности ЖКТ получены статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) после водной нагрузки.

Проведен анализ значений коэффициентов координированности (КК) в зонах генерации мигри-

рующего миоэлектрического комплекса (ММК) основной и контрольной групп. На основании полученных данных, сделан вывод, что у пациентов с холелитиазом, имеющих гипо- или гипермоторный тип миоэлектрической активности ЖКТ происходит нарушение формирования ММК в зоне гастродуоденального перехода.

При изучении отдаленных результатов ЭЛЭ обращал на себя внимание более высокий процент рецидивирующего панкреатита (88,2%) и холангита (68%) у пациентов с ЖКБ при гипомоторном типе МЭА, чем у больных с нормо- или гипермоторикой желудочно-кишечного тракта, что обусловлено нарушением формирования мигрирующего миоэлектрического комплекса в зоне гастродуоденального перехода. При этом доказано, что ни ЭЛЭ, ни «традиционная» холедохолитотомия не оказывают влияние на изменение типа моторики ЖКТ.

**Заключение.** Для улучшения результатов лечения и соответственно качества жизни больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, выбор объема оперативного вмешательства должен производиться с учетом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта. При гипер- и нормомоторике — эндоскопическая папилосфинктеротомия с литоэкстракцией, при гипомоторном типе — в объеме «традиционной» холедохолитотомии.

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Богомолов Н.И.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель исследования:** совершенствование малоинвазивных технологий лечения холедохолитиаза (ХЛ), протекающего с механической желтухой при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС).

**Материалы и методы.** Традиционные хирургические пособия при желчно-каменной болезни (ЖКБ) с механической желтухой сопровождаются тяжелыми осложнениями и не всегда завершаются успешно. Малоинвазивные технологии лечения данной патологии — «золотой стандарт» современной билиарной хирургии.

**Результаты.** 1) Эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ) по усовершенствованной технологии, гарантирующей окончательную остановку кровотечения из разреза, выполнили 112 больным. Экстракцию камней осуществляли корзиной Дормиа, либо они отходили самостоятельно. Усовершенствованная технология ЭПСТ достоверно снизила частоту осложнений операции.

2) Интраоперационную холедохоскопию, реже — чреспапиллярную, осуществили у 532 больных, экстракцию камней из протоков — у 96% пациентов.



3) Удаление «забытых» камней через дренаж или совместно с ним корзинами Dormia из металла с памятью формы («Захват») под рентгенологическим контролем осуществили 19 пациентам. Для этой процедуры важно, чтобы дренаж в холедохе был установлен по процедуре Керте.

4) Эндоскопическую ретроградную панкреато-холангиографию (ЭРХПГ) выполнили 574 пациентам, что позволило завершить дифференциальный диагноз и принять окончательное решение о варианте хирургического пособия.

5) Литолиз «забытых» холестериновых камней традиционными препаратами или гипохлоритом натрия по собственному предложению применили у 29 больных с полным или частичным успехом.

6) Назобилиарное и (или) традиционное наружное дренирование протоковых структур для лечения гнойного холангита по собственной технологии (патент РФ № 2277916) успешно применили у 32 пациентов.

8) Чрескожную транспеченочную холангиостомию в исполнении рентгенохирургов использовали в 106 случаях, причем у 4 пациентов дренаж через папиллу провели в двенадцатиперстную кишку, что облегчило выполнение ЭПСТ

Количество осложнений и летальность в основной группе, где на различных этапах лечения применяли малоинвазивные технологии, быликратно ниже, чем в группе клинического сравнения с применением традиционных открытых хирургических пособий.

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

**Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Мерзликин Н.В., Хлебникова Ю.А.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

В 82-97% наблюдений причиной развития рубцовых стриктур желчных протоков являются их ятрогенные повреждения при холецистэктомиях. Особенно увеличилось их число с внедрением в практику лапароскопических холецистэктомий. Последующие восстановительные и реконструктивные операции в 12-30% случаев требуют повторных вмешательств вследствие стриктур желчных путей, часто выполняемых у больных в тяжелом состоянии на фоне механической желтухи и печеночной недостаточности, а следовательно сопровождающихся высокой летальностью.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с ятрогенными посттравматическими стриктурами желчных протоков.

**Материалы и методы.** За 30 лет в хирургических отделениях Городской больницы №3 г. Томска по поводу ятрогенной травмы желчных протоков было прооперировано 56 больных, из них 16 человек поступили из других лечебных учреждений. Возраст больных колебался в пределах от 22 до 78 лет и составил в среднем  $51,2 \pm 6,5$  года. Женщин было 48, мужчин — 8. С послеоперационными рубцовыми стриктурами желчных путей оперировано 24 больных, из них получили травму в клинике — 8, переведены из других лечебных учреждений — 16 больных (с полными наружными желчными свищами было 8 пациентов, с механической желтухой — 8, из них вследствие рестриктуры билиодигестивных анастомозов — 4). Всем им были выполнены реконструктивные операции.

**Результаты.** При реконструктивных операциях сформировали различные билиодигестивные анастомозы: гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) у 19 больных, гепатикодуоденоанастомоз (ГДА) — у 5. Использование ДПК для создания соустья считали возможным, учитывая достаточную длину культи гепатохоледоха. Для наложения анастомозов использовали монофиламентные нити на атравматичной игле, придавали значение четкому сопоставлению слизистой. Всем больным выполняли дренирование зоны анастомоза транспеченочными дренажами, чаще — по Сейполу-Куриану (в 19 случаях), реже — по Прадери (2), на потерянных дренажах (2). В 1 случае при широком соустье и отсутствии холангита дренирование не применялось.

Повторные операции по поводу рестриктуры билиодигестивных анастомозов были выполнены у 7 (12,5%) больных, из них 4 человека поступили в клинику из других лечебных учреждений. Рестеноз, как правило, развивался из-за отсутствия каркасного дренирования или в результате раннего удаления транспеченочных дренажей. ГЕА на транспеченочных дренажах по Сейполу-Куриану был наложен 3 больным; бужирование анастомоза со стентирование зоны анастомоза никелид-титановым стентом с хорошими отдаленными результатами выполнено 4 больным.

Транспеченочные дренажи (ТПД) позволили осуществлять санацию желчных протоков до ликвидации явлений холангита, кроме того, они выполняли каркасную функцию. Через каждые 3 месяца

производили смену ТПД. Сроки стояния дренажей зависели от выраженности холангита, диаметра, степени склероза стенок протоков. Удаляли их через 1-2 года.

После реконструктивных операций умерло 4 (16,6%) больных.

**Заключение.** В реконструктивной хирургии посттравматических стриктур желчных протоков

предпочтение следует отдавать наложению ГЕА на смесных транспеченочных дренажах обоих печеночных протоков. Длительное дренирование протоков предупреждает развитие ретеннозов. При использовании стентов из никелида титана можно достигнуть не только хороших результатов, но и значительно улучшить качество жизни пациентов.

## ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Валитова Э.Р., Козеева А.Д.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ хирургических методов лечения желчнокаменной болезни.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ результатов лечения 152 больных, госпитализированных в БСМП г. Уфы и РКБ им. Г.Г. Куватова по поводу постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) и других осложнений, возникших после проведенной холецистэктомии. Мужчин было 35 (23,03%), женщин — 117 (76,97%). Средний возраст больных составил  $59,19 \pm 14,06$  лет, лица старше 60 лет составили 51,32%. Предоперационное обследование пациентов включало ультразвуковую диагностику, компьютерную томографию, внутривенную холангиографию и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию по показаниям. Всем больным провели стандартное лечение.

**Результаты.** Оперативные вмешательства, выполненные пациентам, были представлены следующим образом: традиционная холецистэктомия (ТХЭ) выполнена 52 (34,21%) больных, мини-лапаротомия и холецистэктомия (МЛХЭ) — 80 (52,63%), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — 20 (13,16%).

Причинами госпитализации после ТХЭ явились: постхолецистэктомический синдром — в 33 (63,36%) случаях, в том числе резидуальный холедохолитиаз — в 16 (30,77%), рубцовые изменения внепеченочных желчных протоков — в 17 (32,69%), послеоперационная вентральная грыжа — в 9 (17,31%), хронический панкреатит — в 4 (7,69%), острый панкреатит — в 4 (7,69%) и спаечная болезнь брюшины — в 2 (3,85%) случаях.

После МЛХЭ причинами госпитализации стали: постхолецистэктомический синдром — в 51

(63,75%) случаях, в том числе резидуальный холедохолитиаз — в 18 (22,50%), холангит — в 6 (7,50%), рубцовые изменения внепеченочных желчных протоков — в 27 (33,75%), послеоперационная вентральная грыжа — в 7 (8,75%), хронический панкреатит — в 11 (13,75%), острый панкреатит — в 8 (10,00%) и спаечная болезнь брюшины — в 3 (3,75%) случаях.

Причинами госпитализации после ЛХЭ явились: постхолецистэктомический синдром — в 11 (55,0%) случаях, в том числе резидуальный холедохолитиаз — в 2 (10,0%), холангит — в 1 (5,0%), рубцовые изменения внепеченочных желчных протоков — в 8 (40,0%), послеоперационная вентральная грыжа — в 4 (20,0%), хронический панкреатит — в 2 (10,0%), острый панкреатит — в 2 (10,0%) и спаечная болезнь брюшины — в 1 (5,0%) случаях.

Сроки лечения после ТХЭ более длительные — в среднем  $20,12 \pm 11,00$  суток, тогда как после МЛХЭ —  $17,78 \pm 11,55$  суток, а ЛХЭ —  $15,55 \pm 9,53$  суток. Разность в длительности лечения после ТХЭ и МЛХЭ составляет  $4,57 \pm 2,79$  суток, а с ЛХЭ —  $2,34 \pm 2,02$  суток ( $p > 0,05$ ).

Уровень летальности после ЛХЭ — 0%, в то время как при ТХЭ — 9,62% (5 человек), а при МЛХЭ — 3,75% (3 больных).

**Выводы.** Выбор оперативного доступа влияет на структуру осложнений после проведенной ХЭ в отдаленном периоде ( $\chi^2 = 10,723$ ;  $p = 0,03$ ). Преимущество ЛХЭ состоит в более низкой частоте резидуального холедохолитиаза по сравнению с МЛХЭ ( $t = 2,21$ ;  $p < 0,05$ ). ТХЭ предпочтительна по сравнению с МЛХЭ вследствие более редкого развития холангита в отдаленном периоде ( $t = 2,55$ ;  $p < 0,05$ ).

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Павличенко С.А., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В., Шадрин О.В.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В последние годы растущая заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) сопровождается увеличением числа холецистэктомий, которое приводит к росту постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), частота которого варьирует в пределах от 12 до 18%. Вопросы диагностики и лечения ПХЭС являются предметом широких дискуссий, однако, достигнутые результаты не могут быть признанными удовлетворительными и требуют улучшения.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с ПХЭС и билиарным панкреатитом путем разработки дифференцированного подхода к применению транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ).

**Материалы и методы.** Представлены результаты применения ТЭВ 384 больным с осложненной ЖКБ, ПХЭС, которые находились на лечении в Харьковской клинической больнице скорой неотложной медицинской помощи с 2003 по 2010 гг. Применялись инструментальные методы диагностики: УЗИ, ЭРХПГ, спиральная и магнитно-резонансная томография, импедансная спектроскопия, термометрия холедоха, морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Выполняли ТЭВ: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая баллонная дилатация (ЭПД), механическая литотрипсия (МЛТ), вирсунготомия и назобилиарное дренирование.

**Результаты.** При обследовании холедохолитиаз выявили у 251 (65,4%) больного, стеноз БСДК — у 37 (9,6%), их сочетание — у 43 (11,2%) больного. ПХЭС наблюдали у 123 больных: резидуальный холедохолитиаз (ХЛ) — у 39 (31,8%), рецидивный ХЛ — у 43 (35,0%), рестеноз БСДК — у 7 (5,7%), синдром слепого мешка — у 3 (2,4%), желчный свищ — у 11 (8,9%), тубулярный стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита — у 5 (4,1%), нарушения проходимости ДПК — у 6 (4,9%), рефлюкс-холангит — у 9 (7,3%). Механическую желтуху выявили у 212 (55,2%) больных, холангит — у 37 (9,6%). У 53 (13,8%) больных течение ПХЭС осложнилось развитием острого билиарного панкреатита.

ЭПСТ выполнили 272 (70,8%) больным: субтотальная ЭПСТ — 158 (58,1%), парци-

альная ЭПСТ — 114 (41,9%). ЭПД производили 42 (10,9%) больным с холедохолитиазом. Показаниями к выполнению дилатации явились: диаметр холедоха до 11 мм, конкременты размером до 10 мм в диаметре, нарушения дуоденальной проходимости, отсутствие стеноза и дисфункции сфинктера Одди. У 56 (14,6%) больных с крупными конкрементами ЭПСТ сочеталась с МЛТ. При наличии синдрома слепого мешка 3 больным выполнили субтотальную ЭПСТ, парциальную ЭПСТ — 3. При наличии холедохолитиаза со стенозом вирсунгового протока 6 (1,6%) больным выполнили ЭПСТ с вирсунготомией. У 42 (10,9%) больных с гнойным холангитом применили назобилиарное дренирование, которое оказалось эффективным в 80,6% (34 больных) наблюдений. У 53 (13,8%) больных с билиарным панкреатитом и холедохолитиазом выполнили ЭРХПГ. К выполнению ТЭВ при остром билиарном панкреатите применили дифференцированный подход с учетом импедансометрии, что позволило дифференцировать тип морфологических изменений в БСДК и сформулировать алгоритм выбора методики билиарной декомпрессии. При выявлении вклиненного конкремента выполняли ЭПСТ, при наличии мелких конкрементов или билиарного сладжа производили ЭПД с холедохолитоэкстракцией.

Причинами повторных ТЭВ явились: кровотечение из папиллотомного разреза — у 2 (0,5%) больных, вклинение осколков конкрементов после МЛТ — у 3 (0,8%), повторные санации желчных путей при холангите — у 5 (1,3%) больных. После ТЭВ развились следующие осложнения: острый панкреатит — 8 (2,1%) наблюдений, панкреонекроз — 2 (0,5%), кровотечение — 4 (1,0%), ретродуоденальная перфорация — 1 (0,3%), рестеноз БСДК — 3 (0,8%), холангит и дуоденохоледохеальный рефлюкс — 4 (1,0%), вклинение корзинки Дормия — 1 (0,3%) наблюдение.

**Выводы.** 1. Предложенная тактика лечения с дифференцированным подходом к выбору ТЭВ при ПХЭС позволяет уменьшить количество осложнений в послеоперационном периоде. 2. При остром билиарном панкреатите и наличии данных за обструкцию терминального отдела холедоха необходимо раннее выполнение диагностических и лечебных ТЭВ.

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Могилевец Э.В., Цилиндзь И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) в Республике Беларусь составляет у 49,1% женщин в возрасте от 25 до 60 лет и 15,5% у мужчин старше 50 лет. Известно, что хирургические способы лечения ЖКБ и ее осложнений нередко являются причиной развития других заболеваний билиарной системы, клинические проявления которых получили название постхолецистэктомический синдром (ПХЭС).

**Цель исследования:** изучить и провести анализ отдаленных результатов холецистэктомий (ХЭ) по поводу ЖКБ, определить направления лечения и профилактики ПХЭС.

**Материалы и методы.** Проведен опрос и анкетирование 380 пациентов, оперированных по поводу ЖКБ в хирургическом отделении клиники общей хирургии. Установлено, что независимо от оперативного доступа (традиционный или лапароскопический), у 10,6-18,3% больных ХЭ не принесла существенного улучшения состояния здоровья больных, у которых до операции был поставлен диагноз ЖКБ. У этих пациентов выявили наличие симптомокомплекса, характерного для ПХЭС, который мог быть причиной недиагностированной до ХЭ, а следовательно, и не устраненной патологии гепатобилиарной системы или смежных с ней органов. Поэтому для определения причин развития ПХЭС проведено обследование и лечение 199 больных с ПХЭС, находившихся в клинике. Женщин было 158 (79,4%), мужчин — 41 (20,6%). Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 85 лет, больных трудоспособного возраста было 142 (71,4%).

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что чаще всего госпитализация больных с ПХЭС отмечена в сроки от 1 года до 5 лет после ХЭ, таких пациентов было 143 (71,9%); в сроки от 8 до 19 лет лечилось 56 (28,1%) больных. При обследовании установлено, что причиной ПХЭС у 74 (37,2%) больных была патология гепатобилиарной системы, экстрабилиарная патология — у 125 (62,8%).

Всем больным с ПХЭС проведено лечение включающее диетотерапию, медикаментозное лечение, подбираемое индивидуально, ориентируясь на посиндромную терапию. Комплексное консервативное лечение у 170 (85,4%) больных позволило купировать болевой синдром, воспалительные реакции со стороны ЖКТ, скорректировать желчную гипертензию. Пациенты выписаны под диспансерное наблюдение в хорошем состоянии здоровья. Консервативное лечение не было эффективным у 29 (14,6%) больных, им выполнили оперативные вмешательства. Лапаротомные операции (пластика пилорического жома, операция Стронга, холедохотомия билиодигастивные анастомозы) выполнили 22 (11,1%) пациентам, эндоскопическую папиллосфинктеротомию — 7 (3,5%) пациентов.

**Заключение.** При ПХЭС лечение больных должно быть комплексное, направлено на устранение тех функциональных и/или структурных нарушений со стороны печени, желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые лежат в основе страдания и явились поводом для обращения больных к врачу после ХЭ.

## ГЕПАТОБИЛИАРНЫЕ И ЭКСТРАБИЛИАРНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гарелик П.В., Цилиндзь И.Т., Дубровщик О.И., Колешко С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Выяснение причины постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) позволяет дифференцировать способы его лечения: консервативное, оперативное, эндоскопическое или комбинированное.

**Цель исследования:** установить причины и структуру ПХЭС.

**Материалы и методы.** Материалом данного исследования явились результаты лечения 199 больных, поступивших в клинику общей хирургии с

диагнозом ПХЭС за 11 лет. С учетом клинической картины и дополнительных методов исследования диагноз ПХЭС был детализирован до конкретной патологии, составляющей его, у 188 (94,5%) больных, причины развития синдрома не установили у 11 (5,4%) пациентов.

**Результаты.** Причины ПХЭС, относящиеся непосредственно к гепатобилиарной системе диагностировали у 74 (37,2%) больных. В структуре ПХЭС



холедохолитиаз составил 8,0%, стеноз большого дуоденального сосочка — 2,0%, стриктуры желчных протоков и терминального отдела холедоха — 2,0%, холангит — 4,5%, рефлюкс-холангит при наложенном билиодигестивном анастомозе — 7,5%, анастомозит — 0,5%, патология культи пузырного протока — 2,5%, патология печени — 3,0%.

У 125 (62,5%) больных причиной ПХЭС была патология смежных с гепатобилиарной системой органов. Заболевания поджелудочной железы составили 16,1%, рефлюкс-эзофагит — 4,0%, хронический гастрит — 9,5%, рефлюкс-гастрит — 21,6%, язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 3,0%, заболевания почек — 3,5%, дуоденостаз — 1,5%, хронический колит и недостаточность илеоцекального клапана — по 1,0%, рак толстой кишки и остеохондроз позвоночника — по 0,5%. Как следует из представленных данных, наибольшее значение в структуре ПХЭС, вызванного патологией смежных с гепатобилиарной системы органов, имеет рефлюкс-гастрит (43 случая), который эндоскопически расценен как поверхностный в 10 (23,3%) случаях, атрофический — в 27 (62,8%), гипертрофический — в 6 (13,9%). Желчный дуоденогастральный рефлюкс был пер-

вой степени в 14 (32,6%) случаях, второй — в 19 (44,2%), третьей — в 10 (23,2%).

Установлено, что в структуре ПХЭС 37,2% занимает патология гепатобилиарной системы, в первую очередь, холедохолитиаз. На втором месте в этой группе находится рефлюкс-холангит при наложении билиодигестивных анастомозов, он составляет 7,5% от всех пациентов с ПХЭС. Патология смежных с гепатобилиарной системой органов в структуре ПХЭС составляет 62,8%. В данной группе больных основной причиной ПХЭС был рефлюкс-гастрит (21,6%). В 4,0% случаев причиной ПХЭС явился эзофагит при недостаточности кардии. Таким образом, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-холангит и рефлюкс-эзофагит составили 33,2% в структуре ПХЭС, поэтому разработка антирефлюксных оперативных вмешательств и их выполнение при проведении холецистэктомии (ХЭ) играет весьма важную роль в лечении и профилактике этого синдрома.

**Заклучение.** Реальный путь снижения частоты развития ПХЭС — полноценная комплексная до- и интраоперационная диагностика имеющейся гепато- и экстрабилиарной патологии, лечение и коррекции ее до или во время ХЭ.

## РОЛЬ ПАТОЛОГИИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Гостищев В.К., Воротынцев А.С., Меграбян Р.А., Каменцева С.В.**

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

На кафедре общей хирургии Первого МГМУ проведено хирургическое лечение 261 больного с постхолецистэктомическим синдромом с клиникой механической желтухи и внепеченочного холестаза. Патология большого дуоденального сосочка (БДС) выявлена у 218 (83,52%) больных. Холецистэктомия была выполнена ранее в срок до 1 года у 16% больных, в сроки 1-5 лет — у 40%, 6-10 лет — у 20%, более 10 лет — у 24%. Пациенты старше 60 лет составили 72%. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, мочевыделительной систем установлены у 83% пациентов. Причиной механической желтухи и холестаза у 37,36% больных был папиллит, папиллит в сочетании с холедохолитиазом — у 7,7%, стеноз канала БДС — у 13,19%, стеноз канала БДС, осложненный холедохолитиазом — у 8,79%, парафатериальный дивертикул в сочетании с папиллитом — у 6,59%, парафатериальный дивертикул в сочетании с холедохолитиазом — у 9,89%, холедохолитиаз тер-

минального отдела и БДС — у 16,48%. Таким образом, папиллит выявили у 51,65% больных. При гистологическом исследовании острое и выраженное хроническое воспаление в Фатеровом сосочке установили у 65% больных, обострение хронического — у 35%. Аденому БДС обнаружили у 5 пациентов. Патология терминального отдела холедоха осложнилась холангитом в 27,47% случаев, острым панкреатитом — в 42,2%, хроническим — в 53,2%, псевдотуморозным с протяженным стенозом терминального отдела холедоха — у 3 пациентов. Степень холестаза определялась диаметром общего желчного протока, результатами радиоизотопного исследования и уровнем билирубина сыворотки крови. Тяжелую степень холестаза и эндотоксикоза установили у 54,95%. Она была вызвана сочетанием холедохолитиаза и патологии БДС. При легкой степени холестаза преобладал папиллит (57,45%). Холангит при тяжелой степени холестаза выявлен у 50%. Комплексное обследование включало лабораторное исследование,

эхографию, гастроскопию в первые сутки, релаксационную дуоденоскопию, ЭРПХГ — в 1-3 сутки, ЧЧХГ — в 1-3 сутки, сцинтиграфию — во 2-3 сутки. Эхография определяла показания к методам прямого контрастирования желчных путей. Гепатобилисцинтиграфия помогала установить непроходимость желчных путей на ранней стадии, степень нарушения поглотительно-выделительной функции печени, что позволяло проводить рациональную гепатопротекторную, дезинтоксикационную терапию, контролировать адекватность эндоскопической папиллотомии.

Применяли этапную миниинвазивную лечебную тактику с предварительной антеградной и ретроградной декомпрессией желчных протоков. С целью устранения патологии, вызвавшей постхолецистэктомический синдром, выполняли эндоскопические операции: эндоскопическую папиллотомию, литоэкстракцию, механическую литотрипсию с обязательным назобилиарным дренированием, которые были эффективны у 243 (93,1%) больных. 14 пациентам с протяженным стенозом терминального отдела холедоха, крупными конкрементами проводили эндопротезирование. С целью декомпрессии и санации желчных протоков наиболее тяжелым больным при продолжительной механической желтухе и

холангите с уровнем билирубина выше 200 мг/л, при неэффективности ретроградных методов контрастирования и декомпрессии 39 (14,9%) больным выполнили первым этапом чрескожную чреспеченочную холангиографию, холангиостомию под ультразвуковым контролем. Причинами неполной эффективности эндоскопических операций служили крупные конкременты, протяженный стеноз терминального отдела холедоха, особенно при псевдотуморозном панкреатите, сочетание холедохолитиаза и парафатерального дивертикула. Лапаротомные операции выполнили 18 (6,9%) больным: холедохолитотомия, холедохостомия, холедохоеюноанастомоз, холедоходуоденоанастомоз. Удаление конкрементов из холедоха из мини-доступа выполнили 8 пациентам. Летальных исходов не отметили.

У больных, перенесших холецистэктомию, преобладает патология БДС, папиллит в патологии БДС и нарушении оттока желчи играет ведущую роль. Основная причина постхолецистэктомического синдрома — недостаточное исследование терминального отдела холедоха и БДС перед операцией у больных с доклинической стадией холестаза. Высоко эффективные эндоскопические операции являются методом выбора в устранении причины постхолецистэктомического синдрома.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ, ПРОФИЛАКТИКА

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

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

**Цель исследования:** на основании анализа результатов лечения больных с желчекаменной болезнью определить пути профилактики повреждений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) и оптимальный алгоритм для их коррекции.

**Материалы и методы.** В ЛПУ г. Сургута за 14 лет было выполнено 7536 холецистэктомий, из них традиционным лапаротомным доступом — 1492 (19,8%), из мини-доступа — 1686 (22,4%), видеолапароскопически — 4358 (57,8%). По поводу острого холецистита оперировано 3514 больных (46,6%), хронического — 4022 (53,4%). Интраоперационные повреждения ВПЖП имели место у 20 (0,26%) оперированных: полное пересечение — у 12 (0,16%) и частичное — у 8 (0,10%). Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде диагностировали и скорректировали повреждения у 16 больных, стриктуры сформировались — у 4. Частота повреждений в зависимости от доступа: при традиционном — 6 (0,40%), лапароскопическом —

8 (0,18%), мини-доступе — 6 (0,36%). С 2008 г. в БУ ХМАО СОКБ использовали трехмерную видеосистему объемного эндоскопирования «EndoSite 3Di Digital Vision System» при холецистэктомии у 340 пациентов. Трехмерное видение позволяет обеспечить беспрепятственное обнаружение важных органов и структур, улучшить точность при хирургических манипуляциях и значительно снизить риск интраоперационного повреждения ВПЖП и кровеносных сосудов — в этой группе повреждений ВПЖП не отмечено. Клинический материал включает анализ результатов лечения 18 больных с послеоперационными стриктурами желчных протоков (14 из которых ранее оперированы в других ЛПУ). Диагностический алгоритм включал: клинико-лабораторные данные, УЗИ, холецистостулография, ЧЧХГ с холангиостомией, ЭРПХГ с назобилиарным дренированием, КТ, ЯМРТ. Окончательный диагноз с определением типа и протяженности стриктуры устанавливали интраоперационно путем ревизии, интраопе-

рационного УЗИ, пункции желчных протоков и холангиографии.

**Результаты.** Согласно классификации Bismuth–Гальперина по уровню локализации стриктуры больные распределены: «+2» — у 6, «+1» — у 9, «0» — у 3. До операции у 90,4% больных с осложнением стриктур билиарной гипертензией удалось достичь эффективной декомпрессии (ЧЧХС, назобилиарное дренирование). Выполнены следующие виды реконструктивных операций: гепатикоеюностомия на сменном транспеченочном каркасном дренаже (СТКД) по Сейпол–Куриан — у 13 больных, гепатикоеюностомия на СТКД по Прайдери–Смит — у 2, прецизионная бескаркасная гепатикоеюностомия — у 3. С целью профилактики подтекания желчи в месте вывода транспеченочного дренажа мы разработали методику дополнительной герметизации

пластиной Тахокомб. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 15 (83,3%) больных. Летальных исходов не было. При изучении отдаленных результатов хорошие и удовлетворительные результаты были получены у 88,9 % обследованных.

**Заключение.** 1. Современное техническое обеспечение (трехмерные видеосистемы) позволяет достоверно снизить риск интраоперационных повреждений ВПЖП. 2. Оптимальным способом коррекции доброкачественных стриктур желчных путей является гепатикоеюностомия с отключенной по Ру петель тощей кишки, которую при технических трудностях формирования прецизионного билиодигестивного анастомоза, наличии холангита, цирроза печени и местных воспалительно-инfiltrативных изменений рациональнее формировать на сменном транспеченочном каркасном дренаже.

## КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Даценко Б.М., Борисенко В.Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

**Цель исследования.** Систематизировать понятие «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) путем разработки новой клинко-патоморфологической классификации.

**Материалы и методы.** Работа базируется на результатах обследования 72 больных, поступивших в клинику с предварительным диагнозом ПХЭС. Использовали оптимизированную диагностическую программу, включавшую клинко-лабораторное, ультразвуковое исследование, фиброгастро-дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, эндоскопическую внутридуоденальную рН-метрию, дуоденоманометрию и холангиманометрию.

**Результаты.** Органическая патология была представлена следующим образом: стенозирующий папиллит — у 22 (30%) больных, холедохолитиаз — у 20 (28%), хронический панкреатит — у 10 (14%), острый папиллит — у 7 (10%), парапапиллярный дивертикул — у 6 (8%), стриктура желчных протоков — у 4 (6%) пациентов. Функциональные нарушения представлены дисфункцией сфинктера Одди у 9 (12%) больных и функциональной дуоденальной непроходимостью — у 30 (42%) больных. Из заболеваний, имитирующих ПХЭС, хронический гастрит обнаружен у 26 (36%), адипоз печени — у 4 (6%), хронический гепатит — у 3 (4%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) — у 2 (2%) больных.

Анализ данных больных, включенных в исследование, свидетельствует о том, что существующие классификации не отражают полного содержания ПХЭС и нуждаются в доработке.

Разработанная нами классификация систематизирует понятие ПХЭС и четко определяет этиологические, патогенетические и дифференциально-диагностические аспекты этой проблемы, включая основные предложения гастроэнтерологов.

**Клинко-патофизиологическая классификация ПХЭС:**

Патология желчных путей с явлениями билиарной гипертензии на почве органических препятствий желчетоку, не устраненных при первой операции (стеноз БДС, папиллит, резидуальный холедохолитиаз) или связанных с самим оперативным вмешательством (травматические стриктуры и деформации желчных протоков и желчевыводящих анастомозов, остаточный желчный пузырь, избыточная культя желчного протока, инородные тела желчных протоков (дренажи, нити, иглы и т.д.), невриномы пересеченных нервов общего желчного протока, рецидивный холедохолитиаз, рефлюкс-холангит после ЭПСТ, трансдуоденальной сфинктеропластики, ХДА, ХЕА).

Функциональные расстройства (дисфункции) в результате потери функционирующего желчного пузыря (дисфункция сфинктера Одди, функциональная дуоденальная непроходимость).

Заболевания гетатопанкреатодуоденальной зоны, косвенно относящиеся к ПХЭС в силу их близкой связи с ЖКБ (хронический билиарный панкреатит, хронический билиарный гепатит, цирроз печени, хронический холангит, перихоледохимальный лимфаденит).

Заболевания других органов и систем, имитирующие ПХЭС, и не связанные с выполненной операцией (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит, парапапилляр-

ный дивертикул, дивертикулит ДПК, механические нарушения проходимости ДПК, опухоли печени, поджелудочной железы и БДС, опухоли желудка и кишечника, киста поджелудочной железы, синдром раздраженной кишки, хронический колит, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, солярит, деформирующий спондилоартроз и др.).

**Заключение.** Разработанная классификация систематизирует и детализирует спектр возможных патологий в структуре ПХЭС и в зависимости от этиологического фактора позволяет обосновать рациональную тактику лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЯТРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Делибалтов К.И., Погосян Г.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

**Цель исследования.** Совершенствование лечебной тактики и метода хирургического лечения стриктуры желчных протоков ятрогенного происхождения.

**Материалы и методы.** В 1989–2010 гг. в клинике на лечении находились 107 пациентов с ятрогенной травмой гепатикохоледоха в возрасте от 17 до 80 лет. До поступления в клинику 38 (35,5%) пациентов с ятрогенным повреждением желчных протоков перенесли в других лечебных учреждениях до четырех и более различных хирургических вмешательств.

Основными симптомами травмы желчных протоков были: желтуха — у 51 (47,7%) больного, холангит — у 29 (27,1%), желчный перитонит — у 22 (20,6%), наружный желчный свищ — у 27 (25,2%) и подпеченочный абсцесс — у 7 (6,5%), при этом встречалось и сочетание нескольких симптомов.

С целью выявления характера повреждения и установления уровня и протяженности стриктуры использовали комплекс диагностических методов: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолеграфия, ЧЧХГ, КТ, МР—холеграфия.

**Результаты и их обсуждение.** При выборе хирургического вмешательства учитывалась тяжесть состояния больных, сроки диагностики, вид и характер ятрогенного повреждения или стриктуры внепеченочных желчных протоков.

При интраоперационной диагностике травмы желчных протоков выполнили 37 восстановительных-реконструктивных операций.

В поздние сроки после повреждения с формированием стриктуры желчных протоков оперировали 70 (65,4%) больных. Как правило, проводили

двухэтапное лечение. На первом этапе проводили декомпрессию билиарного тракта с целью снижения билирубина и купирования холангита, на втором этапе проводили оперативные вмешательства: восстановительные операции выполнили у 2 больных с непротяженной стриктурой до 1 см; реконструктивные — у 68 (63,5%): холедоходуоденоанастомоз наложили 11 (10,3%) больным со стриктурой дистального отдела холедоха; гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тонкой кишки произвели 57 (53,3%) больным, без каркасного дренажа — у 7.

Транспеченочное дренирование применяли у 76 (72,0%) больных, что было обусловлено преобладанием у них высоких стриктур, отсутствием расширения желчных протоков, распространением рубцового процесса на стенку долевых и сегментарных желчных протоков.

В послеоперационном периоде у 107 больных наблюдали 33 (30,8%) осложнения, из них 8 (21,6%) у 37 оперированных со «свежей» травмой и 25 (35,7%) у 70 больных со стриктурой желчных протоков. При этом рецидив стриктуры составил 6,4%, летальность — 7,5%. У 6 больных из 8 причиной летального исхода явилась длительная обструкция желчных путей и развитие гнойно-воспалительных осложнений.

**Заключение.** При механической желтухе и холангите чрескожная чреспеченочная билиарная декомпрессия является обязательным условием предоперационной подготовки.

Основным методом лечения ятрогенной стриктуры внепеченочных желчных протоков является гепатикоеюностомия с выключенной петлей тощей кишки по Ру. При невозможности иссечения



рубцов в области стриктуры показано длительное каркасное дренирование желчных путей сменными

транспеченочными дренажами для предупреждения развития рубцовой стриктуры анастомоза.

## РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТ-ЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОМ

Дударов Э.А., Красок О.Н., Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя 21,4-77,5% от общего числа билиодигистивных анастомозов. Холедоходуоденальный анастомоз (ХДА) достаточно прост в исполнении и удобен для хирурга, имеет неплохие функциональные результаты. Вместе с тем, ХДА не лишен определенных недостатков, которые могут обуславливать серьезные осложнения. К таким осложнениям, прежде всего, относится рефлюкс-холангит, который отмечается у 8,4-22,4% больных, перенесших эту операцию.

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения больных рефлюкс-холангитом.

**Материалы и методы.** За период 2000-2010 гг. пролечено 27 больных с рефлюкс-холангитом, которым ранее был сформирован ХДА. Из числа этих больных 17 были ранее оперированы в нашей клинике, что составило 7,9% от общего числа больных, которым был сформирован ХДА за этот же период времени. В исследуемую группу не были включены больные со стриктурами ХДА. Женщин было 21 (77,8%), мужчин — 6 (22,2%). Основными клиническими проявлениями были: периодически возникающие боли в правом подреберье (100% больных); сопровождающиеся гипертермией, нередко с ознобами (92,5%); транзиторная желтуха (51,8%); диспептические явления (66,7%); снижение массы тела (40,7%). Алгоритм диагностики помимо клинических проявлений включал лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое обследование.

**Результаты и их обсуждение.** При УЗИ выявлены следующие признаки: утолщение стенок желчных протоков (ЖП) отмечены у всех больных, расширение внутрипеченочных желчных протоков — у 14 (51,8%), милиарные абсцессы печени — у 4 (14,8%). При ФГДС: анастомоз был

проходим у всех больных, ширина его колебалась в пределах от 1,0 до 1,5 см. Этот факт часто вводил в заблуждение врачей, и больным длительное время проводили консервативную терапию по поводу постхолецистэктомического синдрома, не дававшая положительного эффекта. При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки у всех больных отметили дуоденобилиарный рефлюкс и длительную задержку контрастного вещества в желчных протоках. Хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) различной степени выраженности отмечены у 23 (84,2%) больных.

Все эти больные были оперированы. Им были выполнены следующие оперативные вмешательства: разобщение ХДА с ушиванием двенадцатиперстной кишки и формированием гепатикоеюностомии по Ру — 24 (88,9%) больным; гепатикоеюностомия и дуоденоюностомия с нижнегоризонтальным ее отделом на одной петле, выключенной по Ру (при декомпенсированной стадии ХНДП) — 3 (11,1%). Летальность составила 7,4% (2 больных с множественными абсцессами печени). Релапаротомия потребовалась у 1 (3,7%) больного.

Отдаленные результаты прослежены у 19 человек в сроки от 1 года до 6 лет. Признаков холангита не отмечено ни у одного из них. Периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, не требующие специального лечения беспокоили 4 (21,8%) пациентов.

**Выводы.** Одним из серьезных и опасных для жизни больного осложнений холедоходуоденостомии является рефлюкс-холангит. ХНДП является одним из главных факторов развития данного осложнения, что необходимо учитывать при планировании операции. Мерой профилактики и лечения рефлюкс-холангита является формирование билиодигистивного анастомоза в виде гепатикоеюностомии по Ру.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ СТРУКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дударов Э.А., Красок О.Н., Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Холецистэктомия прочно вошла в повседневную клиническую практику как «золотой стандарт» в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Вместе с тем, частота повреждений желчных протоков остается неизменной на протяжении многих лет, составляя 0,1-3%. Это является одной из главных причин развития рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Кроме того, рубцовое сужение ВЖП, без нарушения целостности их стенки, развившееся в позднем послеоперационном периоде, может явиться следствием коагуляционного повреждения протока при ЛХЭ.

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП.

**Материалы и методы.** Хирургическое лечение проведено 41 больному с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП за период 2000-2010 гг. Женщин было 32 (78%), мужчин — 9 (22%). Средний возраст больных составил  $56,3 \pm 4,6$  лет. Диагностический алгоритм включал: клинические данные, лабораторные исследования, УЗИ, РХПГ, МРТ в режиме холангиографии. По классификации Н. Bismuth больных распреде-

лили следующим образом: тип I — 8; тип II — 12; тип III — 9; тип IV — 7; тип V — 5.

**Результаты.** Во всех случаях операция заключалась в иссечении рубцовой ткани и формировании билиодигестивного анастомоза с участком тощей кишки, выключенной по Ру. При этом гепатикоеюностомию выполнили 8 (19,5%) пациентам, гепатикоеюностомию с продольным рассечением левого долевого протока — 16 (39%), бигепатикоеюностомию — 10 (24,4%), тригепатикоеюностомию — 3 (7,3%), формирование изолированного анастомоза с правым долевым протоком — 4 (9,8%). Билиобилиарные и гепатикодуоденоанастомозы не формировали по принципиальным соображениям. Чрезанастомозное дренирование желчных протоков по Фелькеру использовали у 27 (65,8%) больных. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. Летальных исходов не было. Релапаротомию выполнили 3 (7,3%) больным, дополнительное дренирование под УЗИ-контролем — 2 (4,9%). В сроки более пяти лет после реконструктивной операции стриктура анастомоза развилась у 3 (7,3%) больных, которые были оперированы повторно. Эти больным выполнили разобщение ранее наложенного соустья с формированием нового билиодигестивного анастомоза.

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Загидов М.З., Загидова А.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Дагестан, Россия

Частота сердечной патологии, а также широкая распространенность желчекаменной болезни обусловило их сочетание. Отрицательное влияние калькулезного холецистита на сердечную патологию, на почве спазма коронарных сосудов при обострении, а также интоксикация, усугубляют течение обеих патологических процессов. Отсутствие эффективных методов консервативного лечения становится показанием для холецистэктомии, несмотря на высокий риск анестезии и самого вмешательства. Известно, что у 25% больных, перенесших холецистэктомию, развивается постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), при котором сохраняются те же клинические проявления: часто проявляются неприятные ощущения в правом подреберье; бо-

ли, иногда приступообразные; диспептические расстройства; рефлюкс-гастрит; эзофагит; желтуха; панкреатит с частыми обострениями, требующими длительного лечения, а иногда и повторных операций нежелательных для этих больных.

Основной причиной развития ПХЭС является хроническая дуоденальная непроходимость.

**Целью исследования** является профилактика ПХЭС путем дооперационного, а при срочных хирургических вмешательствах субоперационного обследования анатомо-функционального состояния двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** Изучены результаты хирургического лечения 76 больных калькулезным холециститом с сопутствующей сердечной патоло-

гией, разделенных на две группы. В I вошло 39 больных, оперированных нами. II группа состоит из 37 больных, оперированных в разных лечебных учреждениях без предварительного и субоперационного изучения функционального состояния двенадцатиперстной кишки. Дооперационное обследование больных I группы включает ФЭГДС с целью выяснения наличия дуоденогастроэзофагального рефлюкса.

При возможности дополнительно проводили рентгеноскопию желудка для уточнения особенности расположения дуоденоюнального перехода. При нормальном его расположении и, в тоже время, отсутствии нормального пассажа по двенадцатиперстной кишке, выполняли беззондовую дуоденографию для исключения артерио-мезентериальной компрессии. После исключения патологии в этих участках выполняли пробу Шварца для уточнения функционального состояния начального отдела тощей кишки.

При таком алгоритме обследования выявили: высокое стояние дуоденоюнального перехода — у 6 больных, незначительное расширение верхней горизонтальной начальной части нижнегоризонтальной и вертикальной частей двенадцатиперстной кишки — у 1 больного и некоторое расширение начального отдела тощей кишки — у 1.

При субоперационной ревизии высокое расположение дуоденального перехода подтвердили у всех 6 больных и спаечный процесс начального отдела тощей кишки — у 1 больной (в анамнезе у этой больной тупая травма живота).

Холецистэктомия у этих больных сочетали с трейкотомией в 6 случаях и с рассечением спаек начального отдела тощей кишки — в 1.

Во II группе у больных, оперированных в разных лечебных учреждениях, дооперационно и субоперационно двенадцатиперстная кишка обследована не была.

Исходы холецистэктомии изучили спустя 2 года у 31 больного I группы и у 28 — II.

У больных из I группы неприятные ощущения в области рубца были только у 1, остальные 30 чувствовали себя нормально. Среди обследованных 28 больных II группы у 4 развился ПХЭС, из них рефлюкс-гастрит диагностировали у 3, а эзофагит второй стадии — у 1.

Следовательно, дооперационное и субоперационное обследование двенадцатиперстной кишки и устранение выявленных патологических изменений позволяет значительно снизить количество больных с ПХЭС и избавить их от повторных хирургических вмешательств с высоким риском из-за наличия сердечной патологии.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**Заривчацкий М.Ф., Колыванова М.В., Смольков А.А., Сметанин Д.В.**

*ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
Пермь, Россия*

Послеоперационный холедохолитиаз является частой причиной развития (постхолецистэктомического синдрома) ПХЭС. Рецидивный и резидуальный холелитиаз может быть следствием неполного до- и интраоперационного обследования больных, технических сложностей при выполнении оперативного лечения.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты диагностики и лечения больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом.

**Материалы и методы.** В хирургических отделениях клиники с 2009 г. лечилось 95 больных вторичным холедохолитиазом, из них рецидивный встретился у 30 пациентов, а резидуальный — у 65. Мужчин было 29, женщин — 65. Возраст больных колебался в пределах от 19 до 86 лет. Симптомы механической желтухи имелись у 64 (67,36%) больных, холангита — у 40 (42,12%), стеноза терминального отдела холедоха — у 29 (30,52%) больных.

Диагноз устанавливали на основании данных клинических, инструментальных (УЗИ, в том числе интраоперационное, ФГДС, ЭРХПГ, КТ, фиброхоледохоскопия, интраоперационная холангиоскопия) и лабораторных исследований. Предпочтение отдавали малоинвазивным и информативным методам. ЭРХПГ выполнили 86 (90,52%) больные. Невозможность проведения процедуры объяснялась наличием у пациентов парафатериального дивертикула, продленной стриктуры холедоха, крупных или вклиненных в папиллу конкрементов.

Лечебная тактика зависела от выраженности клинических проявлений, наличия осложнений, сочетания холедохолитиаза со стенозом большогодуоденального сосочка (БДС), величины и количества конкрементов.

**Результаты.** У 67 (70,52%) больных после выполнения ЭПСТ холедохолитиаз был ликвидирован. Причем у 7 (10,44%) больных во время этой процедуры камни извлекли инструментально,

а у остальных они отошли спустя 2-6 суток, что подтверждено повторной ЭРХПГ. Оперировано 28 (29,48%) пациентов, которым произвели продольную супрадуоденальную холедохолитотомию с последующим наружным дренированием. Операция выполнили из минидоступа у 19 (67,85%) пациентов.

**Выводы.** Анализ полученных данных свидетельствует о том, что наиболее опасным проявлением

ПХЭС является резидуальный холедохолитиаз, причина, которого — неполное до- и интраоперационное обследование больных желчнокаменной болезнью. Оптимальными методами интраоперационной диагностики холангиолитиаза являются фиброхоледоскопия и интраоперационная УЗД. Хирургическое лечение послеоперационного холедохолитиаза должно быть, по возможности, малоинвазивным: ЭПСТ или холедохолитотомия из мини-доступа.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА РЕТРОГРАДНЫХ И АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Рахманов С.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с резидуальным холедохолитиазом путем использования различных малоинвазивных вмешательств.

**Материалы и методы.** Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 47 больных с резидуальным холедохолитиазом, которым были выполнены эндоскопические ретроградные вмешательства (ЭРВ). В большинстве случаев ( $n=43$ ) холедохолитиаз был разрешен путем эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и низведением конкремента корзинкой Дормиа. Основной причиной неудач ЭРВ были крупные и вколоченные камни (у 4 пациентов). Этим больным произвели чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). Даже при наличии крупных и вколоченных конкрементов выполняли ЭПСТ для внутреннего дренирования желчных путей. С целью временной желчной декомпрессии и предупреждения обструкции конкрементами дистального отдела холедоха, а также для местной терапии гнойного холангита, после ЭПСТ у 14 больных было успешно применено назобилиарное дренирование (НБД).

**Результаты.** Эффективность ретроградных эндобилиарных вмешательств в ликвидации механической желтухи и холангита при резидуальном холедохолитиазе составила 91,5%. В 3 (6,9%) случаях наблюдали кровотечение, которое остановили консервативно. Острый панкреатит наблюдали у 5

(11,6%) больных, с летальным исходом в 1 (2,3%) наблюдении. Нарастание явлений холангита, даже при наличии НБД, наблюдали в 2 (4,6%) случаях из-за дислокации дренажа и наличия крупного конкремента. Этим пациентам выполнено ЧЧХС с последующим низведением конкрементов в двенадцатиперстную кишку. После установки НБД и купирования явлений холангита больным выполняли повторные эндоскопические ретроградные вмешательства, при этом успешную ретроградную литоэкстракцию конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки после НБД, выполнили у 12 больных.

У больных с ЧЧХС отмечали значительный регресс явлений механической желтухи и холангита. В 1 наблюдении отмечено кровотечение из холангиостомы, которое остановили консервативными мероприятиями. В 1 случае развилась застойная пневмония. Антеградное низведение конкрементов баллонным катетером удалось выполнить у 2 пациентов. 4 больных, которым была наложена ЧЧХС, после улучшения общего состояния, нормализации билиарного давления, снижения уровня билирубина до 40 мкмоль/л и ниже, выполнили открытую холедохолитотомию. Ни в одном случае не было необходимости в наложении билиодигестивных анастомозов.

Таким образом, применение комплекса малоинвазивных вмешательств позволило значительно снизить процент открытых и травматических операций при резидуальном холедохолитиазе.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛОСТЕНОЗА

Кондратенко П.Г., Стукало А.А.

Кафедра хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с папиллостенозом путем

стандартизации диагностических и лечебных мероприятий.



**Материалы и методы.** В клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета с 1999 по 2010 гг. эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) произвели 2607 пациентам. Различные стенозирующие заболевания терминального отдела протоковых систем и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) выявили у 715 (27,4%) пациентов. Разные морфологические формы органического стеноза БСДК мы объединили в понятие «папиллостеноз» (ПС). Функциональное сужение просвета БСДК, не сопровождающееся стойкой протоковой гипертензией, определили термином дисфункция сфинктера Одди.

Преимущественным методом ликвидации нарушений оттока желчи были ЭХТВ. Использовали дуоденоскопы JF-1T-30 и TJF-20 “Olympus”, «дочерний» холедохоскоп CHF-BP-30 “Olympus” и инструментарий фирм “Olympus”, “Wilson-Cook”, “Boston scientific”, “Endo-technic”.

**Результаты.** Злокачественные опухоли явились причиной ПС у 335 (46,9%) больных (I группа). Воспалительный и рубцовый стеноз выявили у 251 (35,1%) пациента (II группа). У 129 (18%) больных ПС был обусловлен доброкачественными опухолями БСДК (III группа).

Холедохолитиаз выявили у 87 (26%) больных I группы, у 243 (96,8%) II группы и у 96 (74,4%) больных III группы.

Гипербилирубинемия наблюдали у 534 (74,7%) пациентов. В I группе желтуху выявили у 262 (78,2%) больных, во II — у 179 (71,3%), в III группе — у 93 (72,1%) больных.

Систематизированы клинические, биохимические, сонографические, эндоскопические и рентгеновские диагностические критерии ПС.

По результатам эндобииопсии из БСДК у пациентов I группы в основном встречалась аденокарцинома; во II — **хроническое воспаление с фиброзом**, обострением и лейкоцитарной инфильтрацией или острое экссудативное воспаление; в III группе — аденомы, тубулярные аденомы, железистые полипы, фиброаденомы (гемангиомы выявили у 3 пациентов, лейомиомы — у 2, невриномы — у 2, липомы — у 2).

С диагностической целью произвели 56 «дочерних» холедохоскопий.

Эффективность типичных и атипичных способов ЭХТВ у пациентов с доброкачественными формами ПС составила 88,4%. Эффективность эндоскопического разрешения желтухи при раке — 52,2%.

Осложнения возникли у 61 (8,5%) больного. Острый панкреатит диагностировали у 41 (5,7%) пациента, причем у 19 больных развился панкреонекроз. Кровотечение из папиллотомной раны возникло у 13 (1,8%) пациентов, причем у 2 больных с гемангиомой БСДК. Ретродуоденальная перфорация явилась осложнением операции у 7 (1%) больных. Летальность у больных с ПС составила 1,5% (11 больных).

**Выводы.** Папиллостеноз обусловлен органическим сужением просвета БСДК воспалительного, рубцового, доброкачественного или злокачественного опухолевого характера. Около половины стенозов обусловлены злокачественной трансформацией.

Диагностика ПС основана на клинических, биохимических, сонографических, эндоскопических и рентгеновских критериях.

Эффективным методом лечения ПС являются ЭХТВ. Результативность эндоскопической операции повышается при использовании атипичных и этапных вмешательств, комплексного медикаментозного лечения.

## ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кондратенко П.Г., Стукало А.А.

Кафедра хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с холедохолитиазом, путем изучения и ликвидации причин, нарушающих пассаж желчи.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились результаты обследования и лечения 2662 пациентов с признаками билиарной гипертензии, поступивших в клинику в 1999-2011 гг. У 443 (16,6%) больных диагностировали резидуальный или рецидивный холедохолитиаз. Несмотря на отсутствие четкости в определении, критерием рецидива камней мы считали наличие клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков били-

арной гипертензии в течение года после первичной санации холедоха.

Преимущественным методом ликвидации нарушений оттока желчи были эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ). Использовали дуоденоскопы JF-1T-30 и TJF-20 “Olympus”, и инструментарий фирм “Olympus”, “Wilson-Cook”, “Boston scientific”, “Endo-technic”.

**Результаты.** Резидуальный холедохолитиаз выявили у 374 (84,4%) пациентов, рецидивный — у 69 (15,6%) больных. Причинами возникновения

конкрементов после оперативной санации холедоха у всех пациентов явились нарушения оттока желчи.

Причины нарушения оттока желчи были представлены следующим образом:

патология папиллярной зоны обнаружена у 43 (62,3%) больных: парапапиллярные дивертикулы, деформирующие интрамуральный отдел холедоха, нарушающие физиологическую работу протоковых сфинктеров и сфинктера устья большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), что в свою очередь приводит к застою желчи и образованию билиарного сладжа выявили у 29 (42%) пациентов; диагностированный при дуоденоскопии и проведении ЭХТВ папиллостеноз (14 (20,3%) больных), обусловленный воспалительными и рубцовыми изменениями БСДК у 9 пациентов, наличием доброкачественных аденом и железистых полипов — у 5 больных.

конкременты «слепого мешка» после холедоходуоденостомии выявили у 9 (13%) пациентов (во время ЭХТВ после папиллотомии извлекали из дистальной части холедоха не только конкременты, но и остатки пищи (веточки петрушки, кожуру томатов и пр.);

инородные тела, нарушающие отток желчи, как причину образования камней в холедохе, диагностировали у 10 пациентов (14,5%) (конкременты, образовавшиеся на лигатуре после холедохотомии, извлекли у 4 больных вместе с лигатурой); холедохолитиаз

многократно рецидивировал на фоне установленных для разрешения опухолевой желтухи дуоденобилиарных пластиковых стентов — у 6 больных);

рецидив холедохолитиаза, связанный с наличием послеоперационных стриктур общего желчного протока, выявили у 7 (10,1%) больных (камни располагались в зоне сужения или проксимальнее, в области престенотического расширения холедоха).

ЭХТВ у пациентов с патологией парапапиллярной зоны, как правило, атипичны, многоэтапны и сопряжены с более высоким процентом неудач и осложнений. Эффективность лечения этой категории больных составила в целом 72,1%, у больных с дивертикулами — 83,5%, у пациентов со стенозами БСДК — 60,7%. У больных с наличием «слепого мешка» и инородных тел холедоха при адекватном транспапиллярном доступе ЭХТВ высокоэффективны. У больных со стриктурами холедоха предпочтительными являются реконструктивные операции.

**Выводы.** Рецидивный холедохолитиаз возникает в результате неликвидированных нарушений оттока желчи. Причинами нарушений оттока являются: патология папиллярной зоны, наличие «слепого мешка» после холедоходуоденостомии, инородные тела и стриктуры холедоха.

Преимущественным методом топической диагностики и лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза являются ЭХТВ.

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СЕМИОТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Конькова М.В., Смирнов Н.А., Юдин А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Введение.** Несмотря на достигнутые успехи в хирургическом лечении желчно-каменной болезни (ЖКБ), холецистэктомия далеко не всегда приводит к излечению. У 15–40% пациентов сохраняются клинические симптомы, развиваются различного рода изменения органов пищеварения, объединяемые термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС).

**Цель исследования.** Определить причины развития ПХЭС и место ультразвукового исследования в его диагностике.

**Материалы и методы.** Обследовано 5870 больных, которым в различных лечебных учреждениях г. Донецка была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. Лапароскопическую холецистэктомию выполнили у 89% пациентов, открытую холецистэктомию — у 11%. Всем

больным провели комплексное ультразвуковое исследование.

**Результаты.** Данные ультразвукового исследования позволили заподозрить, а в некоторых случаях и однозначно высказаться о причинах ПХЭС. Причины развития ПХЭС были следующими:

- недиагностированный до операции холедохолитиаз, либо патология терминального отдела большого сосочка двенадцатиперстной кишки — у 52,7% больных;

- оперативное пособие было выполнено в поздние сроки, либо не в полном объеме (у 24,6% больных), в результате чего развился бактериальный холангиогепатит, гнойный холангит с внутрипеченочными камнями и холангиогепатит;

- холецистэктомия, выполненная не по показаниям, или нераспознанная патология других орга-

нов и систем (острый или хронических панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, гастродуодениты, колиты, диафрагмальные грыжи, дискенизия желчных путей и т.д.) — у 12,1% больных;

- технические погрешности, допущенные при выполнении холецистэктомии (посттравматическая стриктура холедоха, избыточная культя пузырного протока, остаток желчного пузыря) — у 7,5% больных;

- редкие или спорные причины ПХЭС, к которым отнесли кисты холедоха, опухоли панкре-

атодуоденальной зоны, подпеченочный абсцесс, сращения и спайки после холецистэктомии, хронический дуоденальный стаз, недостаточность большого дуоденального сосочка, солярит, дискинезия желчных и т.д. — у 3,1% больных (однако, весомые доказательства ПХЭС при этом отсутствовали).

*Заключение.* УЗИ является необходимым и, в некоторых случаях, достаточным методом для диагностики причин развития постхолецистэктомического синдрома.

## ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Корымасов Е.А., Богданов В.Е., Горбунов Ю.В., Андросов А.Н.

Самарский государственный медицинский университет,

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Самара, Россия

*Цель исследования.* Изучить эффективность эндобилиарных вмешательств у пациентов со стриктурой внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии.

*Материалы и методы.* Проведен анализ результатов лечения 94 больных со стриктурой внепеченочных желчных путей после холецистэктомии, в том числе с билиодигестивными анастомозами. Все пациенты поступили в плановом порядке с механической желтухой и холангитом. Ультразвуковое исследование позволило уточнить наличие или отсутствие резидуального холедохолиаза и ориентировочно определить уровень блока. Так как у подавляющего большинства пациентов был «высокий блок» (стриктура либо на уровне культы пузырного протока, либо на уровне гепатикохоледоха, либо протяженная), то «золотым стандартом» считали чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ). Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) в таких ситуациях неинформативна, поскольку получить тугое заполнение контрастом билиарного дерева выше блока не удастся. Кроме того, средняя и высокая степень механической желтухи (уровень билирубинемии 100-200 и выше 200 мкмоль/л соответственно) делает эндоскопическую папилотомию опасной в плане кровотечения. Поэтому предпочтение отдавали чрескожной чреспеченочной холангиостомии для декомпрессии билиарного дерева. После разрешения желтухи выполняли ком-

пьютерную томографию для уточнения диагноза, а также, при необходимости, ЭРХГ.

*Результаты.* У 78 пациентов после разрешения механической желтухи были выполнены различные реконструктивные вмешательства: различные эндобилиарные технологии восстановления желчеоттока применили у 16 (17%) пациентов; эндобилиарное стентирование с хорошим результатом выполнили у 2 пациентов со стриктурой гепатикодуоденоанастомоза и у 2 больных со стенозом гепатикоеюноанастомоза; каркасное дренирование с помощью временного наружно-внутреннего дренажа Прадери-Смита провели 5 больным со стенозом холедоходуоденоанастомоза. Неудовлетворительными оказались результаты стентирования у 7 пациентов с протяженными стриктурами желчных протоков.

Через 5 лет после стентирования рецидив стриктуры выявили у 4 человек: у 1 пациентки пришлось сформировать гепатикоеюноанастомоз на сменном транспеченочном дренаже с хорошим отдаленным результатом; у 3 больных желчеотток через эндопротез восстановлен посредством временного наружно-внутреннего дренирования через зону инкрустации.

*Заключение.* Чрескожная чреспеченочная холангиостомия и эндобилиарное стентирование являются эффективными способами временной декомпрессии билиарного дерева, а в ряде случаев и окончательным методом лечения стриктур холедоха после холецистэктомии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ В РАМКАХ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Костырной А.В., Резниченко А.М., Шестопалов Д.В., Древетняк А.А., Гавриленко С.П.**

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина*

**Цель исследования.** Проанализировать причины развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) после эндоскопических холецистэктомий.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 2346 пациентов в возрасте от 15 до 84 лет. Хронический холецистит диагностировали у 1936 (82,5%) больных; острый — у 410 (17,5%), при этом калькулез отмечен у 1902 (98,2%); бескаменный холецистит — у 34 (1,8%); холестероз с полипами желчного пузыря — у 13 (0,7%) больных.

**Результаты.** Для изучения отдаленных результатов после лапароскопической холецистэктомии в сроки от 6 месяцев до 10 лет были получены опросные анкеты от 337 пациентов. При этом установлено, что у 84 (24,9%) больных были различные проявления ПХЭС. При детальном изучении клинических случаев приведших к проявления ПХЭС было установлено, что причины, которые не были устранены при первичном вмешательстве (резидуальный холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, дуоденостаз механического генеза) отмечены у 14 (16,7%) пациентов; изменения, которые возникли вследствие хирургического вмешательства (синдром длинной культи пузырного протока) — у 5 (5,9%); поражение органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны в результате длительного камненосительства и не устраненные операции (гепатит, холангит, хрон.панкреатит, гастродуоденит) — у 34 (40,5%); органические заболевания других органов, не связанные с заболеванием желчного пузыря (язвенная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, колиты) — у 11 (13,1%); функциональные нарушения желчных путей и двенадцатиперстной кишки (дискинезии желчных путей) — у 10 (11,9%) больных. Безусловно, вне зависимости от причины возникновения ПХЭС, для каждого конкретного пациента требовался индивидуальный подход к коррекции с дополнительными материальными затратами пациента. Таким образом, проблема развития ПХЭС и устранения его проявлений достаточно актуальна, однако, в силу дорогой стоимости методик, решение ее в клинических учреждениях не всегда эффективно.

**Выводы.** Выставление показаний к лапароскопической холецистэктомии, в особенности при хронических формах, требует более четких критериев. Необходимо более детальное обследование пациентов для исключения множества причин, которые приводят к развитию ПХЭС, и требуют коррекции при выполнении первичного вмешательства.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А.**

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,*

*Городская клиническая больница №7, Москва, Россия*

**Цель исследования:** изучить возможности и эффективность эндоскопических вмешательств у больных с рестенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

**Материалы и методы.** Эндоскопические ретроградные вмешательства выполнены у 28 больных, которым ранее провели эндоскопическую папиллотомию по поводу холедохолитиаза, как в сочетании с папиллостенозом, так и без него.

В анамнезе у 18 больных ЭПСТ выполнена однократно, у 8 — двукратно и у 2 — трехкратно.

У всех больных имелся болевой синдром, при этом у 70% характерный для панкреатита. Желтуху диагностировали у 5% больных.

Диагноз рестеноза папиллотомного отверстия установили на основании клинической картины заболевания, данных УЗИ, КТ и РПХГ.

**Результаты.** При дуоденоскопии у всех больных область папиллотомного разреза была представлена в виде точечного отверстия с рубцовой тканью вокруг на фоне отсутствия продольной складки, из них у 5 больных было обнаружено второе отверстие, которое при ретроградном контрастировании соответствовало главному панкреатическому протоку. На холангиограммах у всех больных имелись признаки билиарной гипертензии с расширением внепеченочных желчных протоков до 13–16 мм, сужением в дистальном от-



деле по типу «писчего пера» и задержкой эвакуации контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку.

Сразу после диагностического этапа провели различные варианты эндоскопических операций, направленных на восстановление желчеоттока. Повторную папиллотомию удалось осуществить у 6 больных. При большой опасности перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, полном отсутствии продольной складки у 18 пациентов провели баллонную дилатацию папиллотомного отверстия. В качестве дилататоров использовали специальные баллоны с диаметром раскрытия 6–10 мм. Ограниченную репапиллотомию дополнили баллонной дилатацией в 2 случаях. Эндоскопическое вмешательство завершили транспапиллярным пластиковым стентированием желчных протоков у 2 больных.

На контрольных холангиограммах сразу после эндоскопических операций отмечали свободное поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. По данным динамического УЗИ в послеоперационном периоде выявили уменьшение диаметра желчных протоков в среднем на 2,5 мм от исходного на фоне исчезновения болевого синдрома и желтухи.

Тяжелых послеоперационных осложнений не было.

**Заключение.** Выполнение эндоскопических вмешательств при рестенозе папиллы представляет значительные технические трудности, что связано с анатомическими особенностями папиллярной области двенадцатиперстной кишки. Более безопасным методом ликвидации рубцовой стриктуры является баллонная дилатация, которую в некоторых случаях целесообразно завершать транспапиллярным стентированием.

## БИЛИАРНЫЕ СТРИКТУРЫ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Криворучко И.А., Сариян И.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Стриктуры желчных протоков (СЖП) являются редким, но серьезным осложнением после холецистэктомии. Точная распространенность СЖП неизвестна, данные большинства исследований в США, показали, что повреждение желчного протока наблюдается в 0,2–0,3% после открытой холецистэктомии и в 0,4–0,6% после лапароскопической холецистэктомии. Подобные цифры демонстрируют и хирурги из Европы. К сожалению, большинство СЖП, возникающих в результате операционной травмы, могут вызвать опасные для жизни осложнения, такие, как восходящий холангит, абсцесс печени, сепсис, вторичный билиарный цирроз и др. Вот почему лечение СЖП требует скоординированного комплексного подхода с участием гастроэнтерологов, рентгенологов, эндоскопистов и хирургов.

**Целью исследования** явилась оценка различных методов лечения СЖП после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 49 больных обоего пола (средний возраст больных составил 48,7 лет) за период 1999–2011 гг. Причинами возникновения СЖП были: повреждения желчных протоков после открытой холецистэктомии — у 28 и после лапароскопической — у 14 больных; в связи с синдромом Мириззи — у 7 больных. Оценивали клиничко-лабораторные данные, производили УЗИ, СКТ, МРТ, ЭРХПГ, гистологические и микробиологические исследования. В клинической прак-

тике использовали классификацию Bismuth (1982), в которой выделяют 5 типов СЖП.

**Результаты и их обсуждение.** У 46 больных течение СЖП сопровождалось клиничко-лабораторными проявлениями гнойного холангита. Эти пациенты требовали срочной декомпрессии билиарной системы, ее вариантами были: 1) эндоскопическая с утановкой стента (1-й и 2-й типы СЖП); 2) чрескожный чреспеченочный желчный дренаж (3-й и 4-й типы СЖП); 3) открытые оперативные вмешательства. Эндоскопическая терапия у 28 больных включала сфинктеротомию с размещением одного стента (10F–12F) по области обструкции (пластиковые стенты применяли с 1996 г., саморасширяющиеся — с 2005 г.). Неудачные вмешательства отметили у 2 больных, а осложнения — у 1 (мигрирование стента в дистальном направлении). Вставки из второго стента возможны только во время повторной эндоскопии (через 3–4 месяца). Как свидетельствует опыт клиник, занимающихся этой проблемой, замена стента представляется желательной в целях предотвращения холангита вследствие окклюзии пластикового стента. Чрескожное чреспеченочное желчное дренирование выполнили у 16 больных, осложнения возникли у 2. Хирургическое лечение доброкачественных СЖП выполнили пациентам с низким хирургическим риском, у которых эндоскопическое лечение не удалось. Были выполнены: гепатико-еюностомия — у 17, холедохоеюностомия — у

3 и внутрипеченочная холангиоеюностомия — у 1 больного.  $\beta$ -лактамы (пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды) в сочетании с метронидазолом, были эффективны при лечении этой категории больных, однако, в связи с возросшей в последние годы антибиотикорезистентностью необходимо использовать защищенные пенициллины, цефалоспорины, а при тяжелом сепсисе — карбапенемы. Микроорганизмы, которые вызывали холангит, были следующими: кишечная палочка, клебсиелла, энтерококк, протей, анаэробы. Отмечен 1 летальный исход.

**Выводы.** Около 80% пациентов со стриктурами желчных протоков отвечают на проводимую терапию и не требуют срочного оперативного вмешательства. Пациентов, не отвечающих на эмпирическую антибактериальную терапию в течение 24 часов, с гипотонией, требующей введения вазопрессоров, с развитием диссеминированного внутрисосудистого свертывания или полиорганной недостаточности, следует рассматривать как кандидатов на проведение немедленной билиарной декомпрессии. Эндоскопическая декомпрессия или чрескожный чреспеченочный билиарный дренаж ассоциируются с более низкой летальностью.

## К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТАК НАЗЫВАЕМОГО ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кукош М.В, Трухалёв В.А

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия*

Число больных желчнокаменной болезнью постоянно увеличивается, что неизбежно влечёт за собой и увеличение операций на жёлчевыводящих путях, и в основном выполняется холецистэктомия. В ряде случаев у больных, перенесших холецистэктомию, сохраняются боли в животе и диспепсия. Данное состояние получило название постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Однако ПХЭС — это собирательный термин, требующий уточнения диагноза. Чаще всего, по нашим данным, причиной ПХЭС является не диагностированный во время операции холедохолитиаз (так называемые «забытые» камни холедоха) и стеноз терминального отдела холедоха в результате сопутствующего панкреатита.

Длинная культя пузырного протока, которую некоторые авторы также считают причиной ПХЭС, безусловно, может являться причиной болей в животе, но лишь в том случае, если в ней остаётся не удалённый во время операции конкремент. Нам пришлось оперировать таких больных — были удалены культя пузырного протока, содержащие конкременты. После повторных операций боли полностью исчезли. Современная оперативная техника холецистэктомии, предусматривающая дренирование обще-

го жёлчного протока через культю пузырного протока, предотвращает такое осложнение, как оставленный конкремент в культе пузырного протока.

Ранняя диагностика желчнокаменной болезни (при помощи УЗИ), применение в неясных случаях МР-холангиографии и ранняя операция по поводу острого холецистита до развития таких осложнений, как холедохолитиаз и панкреатит в большинстве случаев позволяет ограничиться лишь одной холецистэктомией. За период времени, когда стала применяться лапароскопическая холецистэктомия, значительно снизилось число больных, у которых развился ПХЭС.

Раннее оперативное вмешательство при остром холецистите привело к значительному снижению числа холедохотомий и операций формирования билиарно-желчных соустьев (холедоходуоденостомий и папиллосфинктеротомий) с 30-33% в 70-х — 80-х годах до 7-10% в настоящее время.

Таким образом, раннее хирургическое вмешательство, до развития осложнений при остром холецистите, и применение современных технологий в хирургии приводят к значительному снижению частоты развития так называемого постхолецистэктомического синдрома.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Холов К.Р.

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

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с резидуальным холедохолитиазом (РХ).

**Материалы и методы.** Результаты настоящей работы основаны на материалах обследования и лечения 62 больных с РХ в возрасте от 24 до 82 лет. Мужчин было 12 (19,4%), женщин — 50 (80,6%). Диагностическими критериями РХ служило данные УЗИ, ЭРХПГ, МРТ и фистулографии. В большинстве случаев причина оставления камней было связано с низкой квалификацией хирурга — 40 (64,5%), а в 22 (35,5%) наблюдениях причины РХ были связаны с тяжестью состояния пациентов и отсутствием технических условий для ревизии гепатикохоледоха.

**Результаты.** При поступлении в клинику клиника гнойного холангита имела у 21 (33,9%) пациентов, острого панкреатита — у 18 (29,0%) и безболевого форма РХ — у 23 (37,1%). Повторным открытым оперативным вмешательствам были подвергнуты 32 (51,6%) больных с РХ. При выполнении оперативных вмешательств у 10 пациентов конкременты находились в супрадуоденальном отделе общего желчного протока, при этом у 3 больных при первой операции был сформирован холедоходуоденоанастомоз. У 14 больных холедохолитотомию завершили формированием холедоходуоденоанастомоза (ХДА) по Флеркену (7) и Юрашу-Виноградову (7), ввиду наличия протяженной стриктуры (до 2,5 см) дистального отдела холедоха. В 5 наблюдениях, учитывая стеноз боль-

шого дуоденального сосочка, наряду с холедохолитотомией, выполнили трансдуоденальную папиллосфинктеропластику. При РХ у 3 больных, ранее перенесших холедоходуоденостомию, установили наличие конкрементов в общем желчном протоке с образованием слепого мешка, была выполнена холедохолитотомия с формированием гепатикоеюноанастомоза по РУ с включением в желчеотток двенадцатиперстной кишки. Особенность разработанной методики заключается в следующем: после выполнения холецистэктомии холедохолитотомии, либо повторного расширения суженного ХДА, а также при протяженных стриктурах дистального отдела холедоха, формируют гепатикоеюноанастомоз (для этого петлю тонкой кишки пересекают на 25-30 см от связки Трейца, в последующем формируют анастомоз тонкой кишки и гепатикохоледоха «бок-в-бок»). Для профилактики синдрома «низкого отведения желчи» формируют дополнительный энтеродуоденоанастомоз (ЭДА) на изолированной петле по РУ с заглушкой ниже ЭДА по Шалимову и проведением СТВ (Патент ТЖ).

В раннем послеоперационном периоде в 4 наблюдениях отмечали осложнения в виде несостоятельности ХДА (2), панкреонекроза (1) и послеоперационного поддиафрагмального абсцесса (1). Летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Эффективными методами лечения РХ при наличии патологии двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы являются традиционные вмешательства.

## ВАРИАНТЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Лохвицкий С.В.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

**Цель исследования:** обосновать выбор операции при послеоперационных стриктурах желчных протоков.

**Материалы и методы.** Проведены 68 операций при послеоперационных стриктурах и свежих повреждениях (2) гепатикохоледоха.

**Результаты.** Традиционным вариантом была холедохо(гепатико)еюностомия на выключенной по Ру петле кишки на сменном чреспеченочном дрена-

же — 53 операции. В последние годы 8 больным операцию провели с прецизионным формированием анастомоза без каркасного дренажа. 7 пациентам был сформирован холедохо(гепатико)дуоденоанастомоз также на сменном дренаже, замена которого проводили при гастродуоденоскопии.

После вмешательств, перенесённых в других клиниках, 4 больных были оперированы повторно: анастомоз был сформирован повторно — у 3, разбу-

жирован с оставлением каркасного дренажа — у 1.

Осложнения имели место у 2 больных: абсцесс печени после повторной операции (излеченный после пункционного дренирования) и внутripеченочное камнеобразование. При камнеобразовании у пациентки через 10 месяцев после прецизионной бездренажной холедохоеюностомии появилась клиника холангита, а при УЗИ и КТ выявили множественный холангиолитиаз. Выполнили повторное оперативное вмешательство: энтеротомию вблизи анастомоза, последней сужен не был. Произвели удаление доступных конкрементов и многократное промывание. Дренаж был оставлен на месяц, но

через 8 месяцев холангиолитиаз рецидивировал. Выполнили дренирование по Сейполу-Куриану с хорошим ближайшим результатом.

У всех 6 человек, которым выполнили холедоходуоденостомию, были получены благоприятные результаты, явления холангита не проявлялись.

**Заключение.** Эффективное лечение послеоперационных стриктур внепеченочных желчных протоков обеспечивается в условиях специализированной гепатобилиарной хирургии. Одномоментные повторные операции, исключая длительное лечение, способствуют улучшению качества жизни пациентов.

## ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Лупальцов В.И., Доценко Г.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Введение.** В последние десятилетия число операций, выполняемых по поводу холецистита, не только не уменьшается, но и продолжает расти. Данные литературы последних лет свидетельствуют, что патологические изменения, приводящие больных к выполнению операции холецистэктомии, не всегда исчезают после нее, продолжая беспокоить и в послеоперационном периоде. Сохраняющиеся клинические симптомы, приводящие к неудовлетворительным результатам холецистэктомии, обусловлены либо ошибками хирурга тактического характера, в первую очередь нерадикальное выполнение операции, когда наряду с удалением желчного пузыря не производится коррекция холедохолитиаза или стеноза большого дуоденального сосочка, либо недиагностируются сопутствующие заболевания, которые проявляют себя в послеоперационном периоде. Эти проявления объединены одним термином — постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), который еще Одди ошибочно трактовал, как осложнение, возникающее после холецистэктомии в желчевыводящих протоках. И хотя в последующем многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями выводы Одди не были подтверждены, патологические симптомы, сохраняющиеся после холецистэктомии, связывают с ее выполнением.

**Цель исследования:** обосновать мнение правомочен ли термин ПХЭС в современной хирургии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования и лечения 37 больных, направленных в клинику с диагнозом ПХЭС, 33 из которых были оперированы в клинике с 1985 по 2005 гг. По поводу желчно-каменной болезни (ЖКБ), осложненной острым холециститом, оперировали 21 больного, по поводу хронического хо-

лецистита — 14 и, так называемого, бескаменного холецистита — 2 больных.

Основными жалобами при обращении являлись диспептические явления со стороны желудочно-кишечного тракта, а также сохранение дооперационных болей в правом подреберье и эпигастрии, некоторые отмечали боли в виде рецидива печеночных колик, иногда сопровождаемые повышением температуры и ознобом. Желтуха отмечена у 4 больных.

Диагностика включала клинические, биохимические и инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, рентгеноконтрастную внутривенную холангиографию, дуоденографию в состоянии гипотонии, ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ).

**Результаты и их обсуждение.** Неудовлетворительные результаты после выполненных холецистэктомий были обусловлены следующими причинами: холедохолитиаз — у 19 больных, стриктуры терминального отдела холедоха — у 4, изменения слизистой дуоденального сосочка, обусловленные ее пролапсом — у 2, опухоли внепеченочных желчных протоков — у 2, хронический панкреатит — у 7, хронический гепатит — у 1 больного. У больных с бескаменным холециститом, у которых был удален желчный пузырь, истинную природу болевого синдрома установить не удалось, так как изменений со стороны билиарного тракта выявлено не было. Учитывая отсутствие у них соматических заболеваний и их неоднократное обращение в клинику, мы склонны думать о психопатическом у них статусе.

Хорошие результаты были отмечены у больных, которые оперированы повторно по поводу холедохолитиаза, обусловленного так называемыми



«забытыми камнями холедоха», оставленными при первой операции.

Следует отметить, что у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита, которым проводили субоперационную коррекцию патологии билиарного тракта после выполненной холецистэктомии, неудовлетворительных результатов не отметили. Это еще раз подтверждает наше мнение, совпадающее с другими авторами, что существование каких-либо клинически выраженных расстройств, обусловленных удалением желчного пузыря, не доказано.

Больные, у которых при обследовании диагностировали хронический панкреатит, как правило, обращали внимание на боли, которые их беспокоили до операции. Изучение катмнеза свидетельствовало о недостаточном обследовании их в плане выявления хронического панкреатита в дооперационном периоде.

При углубленном обследовании у 78,9% этих пациентов отметили нарушение внешнесекреторной функции ПЖ, проявляющееся недостаточностью сокоотделения, а также понижением бикарбонатной щелочности, снижением активности трипсина, липазы и амилазы. Изменения в паренхиме железы подтверждали данными УЗИ.

**Заключение.** Анализируя вышеизложенное, следует отметить, что за рецидивы болей, связанных с перенесенной холецистэктомией, принимают причины большого числа заболеваний панкреатодуоденальной зоны, делающие холецистэктомию неэффективной. Основные из этих причин довольно четко изложены в литературе и совпадают с результатами наших исследований, а современный арсенал диагностических методов, с учетом клинко-анамнестических данных, позволяет своевременно, уже с первых часов нахождения пациентов в специализированном стационаре, определиться в диагнозе для проведения патогенетического лечения. Поэтому считаем, что термин ПХЭС, как маркер направления больного в стационар, себя изжил и не должен фигурировать в истории болезни. При направлении в стационар больных, перенесших холецистэктомию, следует указывать предполагаемую патологию страдания больного, а о перенесенной экстракции делать обязательную пометку «состояние после холецистэктомии» с датой ее проведения. Такой подход избавит пациентов от лишних мытарств по разным врачебным кабинетам, а врачей других специальностей от дополнительных нагрузок в виде консультаций.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Макаров В.И., Стегний К.В., Гончарук Р.А., Сакаева М.Л., Арапко А.П., Юдин С.В.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

**Цель исследования** провести анализ неудовлетворительных результатов холецистэктомий, выявить причины возникновения постхолецистэктомического синдрома и определить место минимально-инвазивных методов диагностики и лечения этой группы больных.

**Материалы и методы.** В клинике факультетской хирургии за период с 2007 по 2010 гг. с диагнозом постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) находились на лечении 218 человек, в возрасте от 34 до 82 лет. Женщин было 186, мужчин — 32. В диагностике ПХЭС применяли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

**Результаты.** Основными жалобами при поступлении были: боли в эпигастриальной области и диспептические явления — у 142 больных, боли в сочетании с желтухой — у 47, желтуха — у 29. Период от проведенной холецистэктомии до разви-

тия основных симптомов составлял: до 1 месяца — у 17 поступивших, до 1 года — у 121, от 1 года до 3 лет — у 36, свыше 3 лет — у 14 больных.

Всех пациентов разделили на две группы: I группа — больные с наличием желтухи (76 человек), II группа — больные без желтухи (142 человека).

Всем больным выполнили УЗИ органов брюшной полости, однако убедительной информации, позволяющей определить дальнейшую тактику лечения, получено не было. Только у 24 пациентов с желтухой выявили расширение желчевыводящих протоков, у 8 из них обнаружены конкременты.

Ведущим методом диагностики у больных I группы была РХПГ. При этом у 73 пациентов имел место резидуальный, либо рецидивный холедохолитиаз в сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка. В 3 наблюдениях РХПГ была не информативна, поэтому выполнили МРХПГ, при которой обнаружили конкременты в холедохе. Всем пациентам выполнили извлечение конкрементов и по показаниям папиллосфинктеротомию.

Во II группе на первом этапе выполнили ЭГДС. При этом язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявили у 29 больных, гастрит и гастродуоденит — у 55, диафрагмальную грыжу — у 4, опухоль желудка — у 2. В 12 случаях при колоноскопии диагностировали хронический колит. Всем этим пациентам провели комплексное консервативное лечение. Болевой синдром купировали, диспептические явления значительно уменьшились. 16 поступившим больным выполнили МРХПГ, при этом хронический панкреатит диагностировали — у 14 больных, опухоль холедоха — у 1 и конкремент в холедохе — у 1. У 10 больных об-

наружили различную патологию органов брюшной полости. Причину болевого синдрома установить не удалось у 14 пациентов.

Таким образом, основным методом диагностики и лечения у больных с ПХЭС в сочетании с желтухой является РХПГ и ПСТ. Пациентам нуждающимся в холецистэктомии, для выявления и комплексного лечения сопутствующей патологии, необходимо углубленное предоперационное обследование на основе тщательно собранного анамнеза заболевания. Это позволит сократить число больных ПХЭС, не связанным с поражением желчевыводящих протоков.

## АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Малашенко В.Н., Агапитов Ю.Н., Кетипеараччи В.И.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

**Актуальность.** В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных с синдромом механической желтухи, обусловленным холедохолитиазом. Это грозное осложнение, которой может вызвать холангит, нередко приводящий к развитию полиорганной недостаточности (ПОН) и послеоперационной смертности, достигающей 15-20%, особенно в группе больных с высоким операционным риском. Поэтому активное выявление холедохолитиаза в безжелтушный период является актуальной задачей хирургии.

**Материалы и методы.** С целью активного выявления признаков холедохолитиаза у больных желчнокаменной болезнью и разработки мероприятий по профилактике механической желтухи провели оценку диагностической эффективности клинико-анамнестических, лабораторных, ультразвуковых и рентгеноконтрастных методов исследований у 222 больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. С «постхолецистэктомическим синдромом» (ПХЭС) поступили 92 (41,4%) пациента, с острым холециститом — 61 (27,5%), с хроническим — 69 (31,1%).

**Результаты и их обсуждение.** УЗИ позволяет достоверно дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной по наличию расширения желчевыводящих путей, однако установить причину механической желтухи удалось лишь у 80% больных. С помощью рентгеноконтрастных методов исследования причины непроходимости желчных протоков установили у 221 (99,54%) пациента. Сравнение результатов рентгеноконтрастных методов исследования с данными УЗИ показало, что при УЗИ неправильно были оценены разме-

ры камней у 46% больных, количество конкрементов — у 58% пациентов, также отсутствовала информация о состоянии терминального отдела холедоха. Поэтому основным методом диагностики причин механической желтухи, позволяющим получить информацию о состоянии терминального отдела холедоха, считаем ЭРПХГ.

Наиболее информативными признаками являются: приступы холецисто-панкреатита в анамнезе с возможными эпизодами желтух; повышение уровня фермента гаммаглутамилтранспептидазы; наличие мелких конкрементов в желчном пузыре; диаметр холедоха от 0,8 см и более, с наличием, или отсутствием в нем теней конкрементов; диффузные изменения поджелудочной железы; наличие околосоочкового дивертикула; папиллит; крупные конкременты в желчном пузыре в сочетании с вышеперечисленными признаками. При сочетании этих факторов в группу риска были отобраны 79 больных. После ЭРПХГ конкременты выявили у 49 (62%) пациентов. Использование такой тактики в предоперационном периоде позволило у 49 больных уменьшить объем оперативных вмешательств и избежать развития механической желтухи и повысить эффективность эндоскопической санации желчных путей.

**Заключение.** Таким образом, холедохолитиаз возникает у большинства больных в результате замедления оттока химически измененной желчи из холедоха или из-за попадания в него камней через широкий пузырный проток. Многократное их отхождение в двенадцатиперстную кишку со временем приводит к вторичному сужению дистального отдела холедоха и замедлению оттока желчи. Эти нарушения должны активно диагностировать-

ся у больных группы риска с помощью ЭРПХГ и корректироваться ЭПСТ с литоэкстракцией до возникновения желтухи. Лучшим способом про-

филактики холедохолитиаза является выполнение холецистэктомии камненосителям малоинвазивным способом.

## УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

**Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Одинаев Р.О., Назипов С.Т.**

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан*

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных холедохолитиазом и гнойным холангитом, путем применения малоинвазивной технологий.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 1851 пациентов с острым холециститом, в возрасте от 18 до 83 лет. Удельный вес лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) составила 299 (16,1%). Мужчины составили 19,9%, женщины — 81,1%. Субоперационную холедохоскопию выполнили 15 пациентам с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Всем больным в предоперационном периоде диагноз холедохолитиаза был установлен по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с магнитно-резонансной холангиопанкреатографией (МРХПГ). Во всех случаях была проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), при которой у всех 15 больных выявили особенности строения большого дуоденального сосочка (БДС). Из них у 4 (26,7%) пациентов ЭРХПГ провести было невозможно в результате расположения БДС в дивертикуле. В 4 случаях была проведена ЭРХПГ, однако холедохолитоэкстракцию провести не удалось в связи с тем, что папиллосфинктерный разрез был небольшим (5-7 мм) из-за длинной интрамуральной части холедоха.

**Результаты.** На операции первым этапом проводили лапароскопическую холецистэктомию.

Пузырный проток у кармана Гартмана клипировали и надсекали ниже ножницами. Проводили ревизию пузырного протока диссектором, при этом в 2 случаях извлекали конкременты из пузырного протока в месте его слияния с общим печеночным протоком. Через троакар, введенный в правом подреберье по среднеключичной линии, заводили холедохоскоп. Холедохоскопию проводили в 5 случаях через расширенный до 8-10 мм пузырный проток и в 10 случаях через холедохотомный разрез. Во всех случаях удалось провести полноценную ревизию от сегментарных желчных протоков до двенадцатиперстной кишки с извлечением от одного до четырех конкрементов, размером от 0,3 до 1,0 см в диаметре. У 11 из 15 пациентов при холедохоскопии были выявлены признаки гнойного холангита. В этих случаях после промывания желчных путей растворами антисептиков операцию завершили наружным дренированием холедоха. У 2 больных с холедохолитоэкстракцией через пузырный проток и отсутствием признаков гнойного холангита наружное дренирование холедоха не проводили. Во всех случаях проводили интраоперационную холангиографию.

**Заключение.** Больным с признаками холедохолитиаза показано выполнение МРТ с МРХПГ с последующим проведением ЭРХПГ. При неэффективности ЭРХПГ с холедохолитоэкстракцией возможно проведение лапароскопической холецистэктомии, холангиоскопии и холедохолитоэкстракции, как альтернативы лапаротомии.

## РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

**Миргасимова Д.М., Сафин Р.Ш., Васильев Д.Ж., Захарова А.В.**

*ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия*

В связи с широким внедрением малоинвазивных вмешательств при желчнокаменной болезни значительно возросло количество случаев резидуального холедохолитиаза.

**Цель исследования:** профилактика и улучшение результатов лечения больных с резидуальным холедохолитиазом.

**Материалы и методы.** За период с 2006

по 2010 гг. в отделениях хирургии и эндоскопии РКБ наблюдали 92 больных с резидуальным холедохолитиазом, вызвавшим механическую желтуху. Среди больных женщины составили 67,4% (62), мужчины — 32,6% (30), возраст больных колебался в пределах от 27 до 85 лет. Сроки выявления холедохолитиаза после перенесенной холецистэктомии составили менее 1 месяца у 15 (22%) больных, от 1 месяца до 1 года — у 32 (47%) и более 1 года — у 21 (31%) больных. В 18 случаях у больных имелась холедохостома, наложенная в районных больницах после холецистэктомии. Диагностику проводили в течение первых двух суток с момента госпитализации наряду с интенсивной терапией. Всем больным при поступлении выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, а также эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ).

**Результаты.** При УЗИ достоверно холедохолитиаз выявлен в 45% случаях, расширение холедоха — в 88% случаях. При дуоденоскопии выявили стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) у 33 (36%) больных, парафатеральные дивертикулы — у 12 (13%) больных.

ЭРПХГ по показаниям сопровождалась папиллосфинктеротомией (ПСТ), механической литотрипсией и литоэкстракцией. У 16 больных (17,4%) холедохолитиаз сопровождался гнойным холангитом, что потребовало неоднократной ревизии и санации холедоха.

В 81 (88%) случае лечение проведено эндоскопическим путем. Только в 11 (12%) случаях потребовалась лапаротомия и холедохолитотомия (при заклинивании корзинки Дормиа — у 3 больных, с протяженным стенозом терминального отдела холедоха — у 2 больных, с крупными плотными конкрементами — у 3, с парафатеральными дивертикулами — у 3). Операцию завершили дренированием холедоха по Вишневскому — у 7 больных, наложением холедоходуоденоанастомоза по Юрашу — у 1, холедохоеюностомией по Ру — у 3 больных. Тяжелых осложнений и летальных исходов не было.

**Выводы.** 1. ЭРПХГ является наиболее информативным методом исследования при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой. 2. ПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией является операцией выбора при лечении больных с резидуальным холедохолитиазом, особенно осложненным механической желтухой и холангитом. 3. Выявление при ЭРПХГ плотных конкрементов более 2 см в диаметре является показанием к открытой операции из-за высокого риска заклинивания корзинки Дормиа и повреждения двенадцатиперстной кишки. 4. С целью профилактики рецидивных и резидуальных конкрементов у больных желчнокаменной болезнью необходима тщательная диагностика в дооперационном периоде: неоднократное УЗИ, дуоденоскопия с осмотром области БДС, ЭРПХГ по показаниям (желтуха в анамнезе, расширение диаметра холедоха по данным УЗИ более 6-7 мм, повышение уровня билирубина более 30 мкмоль/л).

## ИЗОЛИРОВАННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Миронов В.И.**

*Городская больница №5, Сочи,*

*Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия*

Расширение общего желчного протока, не являющееся следствием какого-либо препятствия в билиарной системе, в редких случаях могут быть основой клинического рецидива после холецистэктомии. Причины подобных изменений в желчеотводящей системе до сих пор точно не установлены.

**Цель исследования.** Изучение факторов, приводящих к изолированной дилатации общего желчного протока после перенесенной холецистэктомии, методов ее диагностики и лечения.

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета под нашим наблюдением находилось 23 пациента с изолированным расширением общего желчного протока, развившимися после перенесенной ранее

холецистэктомии. Это были женщины молодого возраста (все не старше 60 лет), которые до того перенесли холецистэктомию в срок не более 5 лет. Все пациентки были госпитализированы в клинику по экстренным показаниям с выраженным болевым синдромом, диспептическими расстройствами, признаками механической желтухи и холангита. Согласно протоколам ранее проведенных холецистэктомий ни в одном случае во время операции не было обнаружено расширения желчных путей.

**Результаты.** Всем больным на предварительном этапе проводили обследование с использованием традиционных клиничко-лабораторных и инструментальных методов (УЗИ, ФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка (БДС),



КТ гепатопанкреатобилиарной зоны, ЭРХПГ). По результатам методов медицинской визуализации во всех наблюдениях выявили расширение гепатикохоледоха на всем протяжении (не более 15 мм — 4; 16-20 мм — 9; 21-25 мм — 4; более 25 мм — 6), при этом в просвете протоков не было обнаружено каких-либо препятствий, патологических изменений в БДС отмечено также не было. Наряду с этим, диаметр внутрипеченочных желчных протоков сохранялся в пределах нормальных значений.

Наличие дилатированного гепатикохоледоха, сопровождающееся гипербилирубинемией, болевым синдромом и признаками холангита, считали показанием к оперативному вмешательству. Все больные были оперированы. Во время операции обнаруживали широкий гепатикохоледох (22,0±0,9 мм) с истонченными и атоничными стенками. Во время интраоперационной ревизии препятствий в билиарной системе выявлено не было. После холедохотомии эвакуировали вязкую темную желчь без патологических примесей. Во всех наблюдениях операцию завершили внутренним билиодигестивным дренированием (супрадуоденальную холедохо-

дуоденостомию выполнили в 7 наблюдениях, холедохоеюностомию с использованием отключенного по Ру сегмента тонкой кишки — в 11, проведенного позадибодочно, трансдуоденальную папиллосфинктеротомию со сфинктероплатикой произвели в 5 наблюдениях).

Послеоперационный период протекал благоприятно: исчезали явления желтухи, купировались явления холангита и болевой синдром. Все пациенты были выписаны из хирургического отделения с признаками клинического выздоровления.

5 пациентов были повторно обследованы в сроки от 2 до 3 лет после перенесенной повторной операции. У них сохранялось расширение гепатикохоледоха, обнаруживались признаки аэрохолии, была отмечена удовлетворительная функция билиодигестивного анастомоза. Клинически эти пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

**Выводы.** Изолированная дилатация общего желчного протока, развившаяся после холецистэктомии, не имеет в настоящий момент четкого объяснения. Хороший клинический эффект получен после оперативного лечения с использованием внутреннего билиодигестивного дренирования.

## РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Миронов В.И.

Городская больница №5, Сочи,

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Проблема резидуального холедохолитиаза до сих пор остается актуальной и требует дальнейшего совершенствования диагностики и лечения.

**Цель исследования.** Изучение причин резидуального холедохолитиаза после холецистэктомии при остром холецистите, методов его диагностики и лечения.

**Материалы и методы.** На базе клиники общей хирургии Иркутского медицинского университета обобщен опыт наблюдения 47 больных с резидуальным холедохолитиазом, диагностированным в разные сроки после перенесенной ранее холецистэктомии по поводу острого холецистита. Такие пациенты составили 1,6% от всех оперированных с острым холециститом. Возраст больных варьировал в пределах от 24 до 86 лет. Все были госпитализированы в экстренном порядке с признаками механической желтухи и желчной гипертензии. Первичную холецистэктомию провели более 10 лет назад у 11 пациентов, в сроки от 3 до 9 лет назад — у 24, остальным пациентам (12) холецистэктомию выполнили в срок не более 3 лет

до момента повторного поступления. Первичную холецистэктомию произвели открытым способом в экстренном порядке по поводу деструктивного холецистита у 9 пациентов, в брюшной полости у этих больных были выявлены гнойно-инфильтративные изменения, препятствующие полноценной ревизии гепатикохоледоха. Первичную холецистэктомию выполнили из мини-доступа по экстренным показаниям, в присутствии выраженного рубцово-инфильтративного процесса в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки в 27 наблюдениях. Эндоскопическую холецистэктомию по поводу острого холецистита первично выполнили в 11 наблюдениях.

**Результаты.** Всем пациентам на предварительном этапе лечения проводили обследование с использованием традиционных клиничко-лабораторных и инструментальных методов (УЗИ, ФГДС с осмотром БДС, КТ гепатопанкреатодуоденальной зоны, ЭРХПГ). Во всех наблюдениях обнаружили конкременты в желчных протоках (в 13 — в сочетании со стенозом БДС), признаки желчной ги-

пертензии, нарушения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. У всех пациентов на первом этапе лечения использовались эндоскопические методы восстановления желчеоттока, которые в 38 наблюдениях дали положительный эффект (в 12 наблюдениях, при верификации мелких конкрементов в гепатикохоledохе, выполнили ЭПСТ, в 26 наблюдениях — ЭПСТ сочетали с литотрипсией и литэкстракцией). После произведенных эндоскопических манипуляций состояние этих пациентов улучшалось, признаки желчной гипертензии и желтухи купировались, восстанавливался пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку. Ликвидировать холедохолитиаз, купировать желчную гипертензию и механическую желтуху с помощью малоинвазивных методов не удалось у 9 пациентов. У них в гепатикохоledохе были обнаружены крупные малоподвижные конкременты, а повторные попытки их литоэкстракции не дали результата. Этих больных оперировали в

экстренном порядке открытым способом при нарастающей механической желтухе с признаками холангита (выполнили лапаротомию, холедохолитотомию, произвели внутреннее дренирование желчных путей (супрадуоденальная холедоходуоденостомия — в 4 наблюдениях, холангиоеюностомия — в 5). 46 пациентов с резидуальным холедохолитиазом выписаны из стационара с признаками клинического выздоровления. Умерла 1 больная 83 лет после супрадуоденальной холедоходуоденостомии. Причиной летального исхода стала ТЭЛА, развившаяся в раннем послеоперационном периоде.

**Выводы.** Резидуальный холедохолитиаз выявили в 1,6% среди всех оперированных по поводу острого холецистита больных. Диагностировали его у пациентов, перенесших холецистэктомию в экстренных условиях. Ликвидировали в большинстве случаев с помощью эндоскопических малоинвазивных методов.

## ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЖЕЛЧНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ И РЕЦИДИВНОМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ

Михеев Ю.А., Попов П.И.

*Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье Украина*

Основной из причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения желчнокаменной болезни являются резидуальные и рецидивные камни желчных протоков. Современные исследования позволяют считать резидуальный и рецидивный холангиолитиаз (ХЛ) двумя самостоятельными и различными по этиопатогенезу нозологическими формами. Основными причинами резидуального ХЛ являются недостаточное предоперационное обследование, неполная интраоперационная ревизия желчных протоков, внутривнутрипечёночное расположение конкрементов, аномально расположенный пузырный проток, содержащий конкременты, отказ от выполнения или неправильная трактовка данных интраоперационной холангиографии, недостаточно широкое внедрение в практику фиброхоledохоскопии. Рецидивное образование конкрементов обычно связано с нарушением желчеоттока, инородными телами желчных протоков и хронической билиарной инфекцией после наложения билиодигестивных анастомозов, папиллосфинктеротомии.

**Цель исследования:** изучить особенности структуры и биохимического состава желчных конкрементов при резидуальном и рецидивном ХЛ.

**Материалы и методы.** Изучены структура и биохимический состав конкрементов 22 больных с резидуальным и рецидивным ХЛ (основная группа), а также состав конкрементов желчного

пузыря 30 больных калькулёзным холециститом (контрольная группа). Конкременты оценивали визуально по форме, цвету и размерам, а при раскалывании определяли радиальную исчерченность на срезе. Ссылаясь на данные других исследователей, нами к резидуальным были отнесены камни с радиальным строением на срезе, некоторые из которых были фасетированы, желтого и разных оттенков коричневого цвета. Рецидивным камням характерно аморфное строение без концентрического строения и радиальной исчерченности. В конкрементах желчного пузыря отмечается радиальное строение на срезе, плотность, различие цветов и оттенков, отчасти фасетированность. Предварительный, субъективный визуальный осмотр конкрементов позволил отнести к рецидивному ХЛ 15 конкрементов, резидуальному — 7.

Содержание холестерина определяли методом количественной тонкослойной хроматографии с компьютерной денситометрией хроматограмм. Анализ пигментной составляющей желчных конкрементов проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Биохимические методы включали исследование содержания в желчных конкрементах холестерина, билирубина, биливердина и их конъюгатов.

**Результаты.** В контрольной группе (n=30) среднее содержание холестерина составило

94,52±0,95%, билирубина — 0,018±0,008%, биливердина — 0,0033±0,0033%, конъюгатов билирубина — 4,56±0,66%.

Установлено, что у пациентов с резидуальным холангиолитиазом (n=7) среднее содержание холестерина в конкрементах составило 86,443±3,476%, билирубина — 0,056±0,027%, биливердина — 0,926±0,667%, конъюгатов билирубина — 12,575±3,228%. У больных с рецидивным холангиолитиазом (n=15) среднее содержание в конкрементах холестерина составило 37,327±4,087%, билирубина — 1,249±0,201%, биливердина — 8,993±1,651%, конъюгатов билирубина — 51,604±3,134%.

Таким образом, основной биохимической характеристикой резидуальных конкрементов было высокое содержание холестерина, в среднем

86,44±3,48%, а рецидивные конкременты содержали преимущественно конъюгаты билирубина — 51,61±3,14% и меньшее количество холестерина — 37,36±4,08%. Отличия биохимического состава обусловлены различными механизмами камнеобразования.

**Выводы.** 1. В конкрементах из желчного пузыря и резидуальных камнях основным составляющим является холестерин. Рецидивные конкременты отличается меньшим содержанием холестерина и большим конъюгатов билирубина, биливердина и собственно билирубина. 2. Отличия в биохимическом составе резидуальных и рецидивных конкрементов при ЖКБ объясняется различным механизмом камнеобразования, что позволяет считать их двумя самостоятельными нозологическими формами заболевания.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗА БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА

Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М. М., Музаффаров Ф. У., Омонов О.А.

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

Реконструктивные оперативные вмешательства на внепеченочных желчных протоках, выполняемые у больных с длительным холестазом и острой печеночной недостаточностью, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%. В связи с этим все больший интерес вызывают малоинвазивные методы восстановления желчеоттока. Лечебные возможности миниинвазивной хирургии в восстановлении адекватного пассажа желчи у больных со стенозом билиодигестивного анастомоза (БДА) все более возрастают с внедрением в клиническую практику эндоскопических и рентгеноэндобилиарных методов.

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного лечения больных стриктурами БДА с применением эндоскопических и рентгеноэндобилиарных вмешательств.

**Материалы и методы.** Представлен опыт комплексного лечения 48 больных со стенозом БДА, лечившихся в РСЦХ им. акад. В. Вахидова за последний 10 лет. Женщин было 36 (75%), мужчин — 12 (25%). Характер ранее перенесенных операций у больных со стенозом БДА был следующим: билиодуоденальные анастомозы — у 37 (77,1%), билиоеюнальные у 11 (22,9%) больных. Миниинвазивные методы коррекции стеноза БДА включают эндоскопические и рентгеноэндобилиарные вмешательства.

**Результаты.** У больных с билиодуоденальными анастомозами в большинстве случаев эндо-

скопические методы позволяют оценить состояние анастомоза, выявить наличие воспалительных и рубцовых изменений, лигатурного анастомозита, а также решить вопрос о необходимости эндоскопической коррекции. Различные эндоскопические вмешательства выполнили у 37 (77,1%) больных. Диатерморасширение и бужирование рубцовосуженных БДА выполнили — у 27 (56,3%), бужирование и баллонную дилатацию суженных БДА — у 10 (20,8%) больных. Кроме этого, с целью двойного внутреннего дренирования, 10 (20,8%) больным со стенозом анастомоза дополнительно выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Кратность эндоскопических вмешательств составила от 1 до 3 сеансов. Во время эндоскопических вмешательств самым грозным осложнением было кровотечение, которое отмечено в 25 случаях. Практически во всех случаях кровотечение удалось остановить путем эндоскопической коагуляцией с консервативными мероприятиями.

У 11 (22,9%) больных со стенозом билиоеюнального анастомоза выполнили чрескожно-чреспеченочное бужирование, а затем наружно-внутреннее дренирование путем введения дистального конца дренажа ниже кольца анастомоза в просвет кишки. В этой группе больных осложнений не было. Эффективность эндоскопических (77,1%) и рентгеноэндобилиарных (22,9%) вмешательств составила 90,5% и 100% соответственно.

**Заключение.** Таким образом, миниинвазивные методы коррекции могут явиться альтернативой опе-

ративному лечению у больных со стенозом билиодигестивного анастомоза с эффективностью до 95%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятков А.В., Джуманиязов Д.А., Махмудов У.М.

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

Широкое внедрение малоинвазивных эндоскопических технологий у больных с внепеченочным блоком желчеоттока позволило продвинуть билиарную хирургию на качественно новый уровень. Диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) может достигать 78-94,3%, что на порядок выше других лучевых методик.

За период 2005-2009 гг. выполнено 1268 ретроградных исследований. В структуре всех ретроградных исследований частота эндоскопических вмешательств с диагностической или лечебной целью в зависимости от патологии составила 67,2% (852 вмешательства из 1268 ЭРХПГ).

В исследование включены 274 больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Средний возраст больных составил  $56,3 \pm 14,2$  лет, преобладали женщины — 208 (соотношение 3,1:1). Необходимость выполнения ЭРХПГ у больных составила 93,4%. В свою очередь, необходимость выполнения чреспапиллярных и супрапапиллярных вмешательств с диагностической или лечебной целью в этой группе больных составила 77,6%.

В структуре больных с ПХЭС отмечено преобладание пациентов с холедохолитиазом — 178 (65%), со стриктурой гепатикохоледоха — 41 (15%), папилитом — 40 (14,6%), со стенозом гепатикодуоденоанастомоза — 8 (2,9%) и наружным желчным свищем на фоне холедохолитиаза — 7 (2,6%).

Попытка ретроградной холангиографии оказалась неудачной в 25 (7,1%) случаях. В структуре всех причин неэффективной попытки выполнения ЭРХПГ значительно преобладали парафатеральный дивертикул — 44% (11) и рубцово-воспалительный процесс устья большого дуоденального сосочка — 20% (5).

Эндоскопическую папиллосфинктертомию (ЭПСТ) выполнили 180 (65,7%) больным; супрапапиллярные вмешательства через предварительно наложенную супрапапиллярную фистулу

(СПФ) — 89 (32,5%) пациентам; диатерморасширение гепатикодуоденоанастомоза (ГДА) — 5 (1,8%) пациентам. В 23 (8,4%) случаях для ликвидации причины механической желтухи (МЖ) потребовалось дополнительное расширение папилотомного отверстия или холедоходуоденальной стомы.

После ЭПСТ частота кровотечения составила 6,1%, острого панкреатита — 5,6%, после СПХДС — 9% и 6,7% соответственно. Перфорация двенадцатиперстной кишки отмечена в 1 случае после ЭПСТ и в 1 — после СПХДС. Консервативные мероприятия по поводу кровотечения или острого панкреатита в большинстве случаев были эффективными. Экстренно оперировали 1 больного с кровотечением и панкреатитом после ЭПСТ и 1 больного с кровотечением после СПХДС. Также оперировали 2 больных с перфорацией двенадцатиперстной кишки.

В связи с неэффективностью эндоскопического разрешения МЖ традиционно оперировано 64 больных. Эффективность эндоскопических манипуляций составила 75,9% (у 208 из 274 больных). Летальность после традиционных операций при средней степени тяжести МЖ составила 10%, при тяжелой степени — 42,9%. Летальность среди больных после эндоскопических вмешательств при тяжелой степени МЖ составила 25%. Всего в группе больных после эндоскопических вмешательств летальность составила 2,9% (умерло 6 больных).

Таким образом, являясь малоинвазивным вмешательством, эндоскопические манипуляции относятся к первичным приоритетным методам диагностики и лечения больных с ПХЭС с механической желтухой, однако, несмотря на их высокую диагностическую (91,6%) и лечебную (76,2%) эффективность, необходим рациональный подход с учетом вероятных факторов риска развития специфических для этого типа вмешательств осложнений.



## ЧРЕСКОЖНОЕ ТРАНСПЕЧЕНОЧНОЕ КАРКАСНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Нартайлаков М.А., Мухамедьянов И.Ф., Абдеев Р.Р., Шаймуратов И.Х.

Республиканская клиническая больница им. гг. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучить непосредственные и отдаленные результаты рентгенохирургического лечения больных с доброкачественными стриктурами желчных протоков и оценить их эффективность.

**Материалы и методы.** В Башкирском Республиканском гепатологическом центре за период с 2001-2011 гг. находилось на лечении 134 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков. Средний возраст больных составил 43,4±6,5 года. У 75 больных течение заболевания осложнилось рецидивирующим холангитом с механической желтухой. 83 больных имели в анамнезе по 2-4 оперативных вмешательств. В период с 2001 по 2006 гг. в клинике при рубцовых стриктурах желчных протоков формировали только билиодигестивные анастомозы. В период с 2007 по 2011 гг. у 14 больных с доброкачественной стриктурой желчных протоков применили метод длительного чрескожного каркасного эндобилиарного дренирования. Применяли билиарные дренажные катетеры фирмы СООК с гидрофильным покрытием и замком Мас-Лос, диаметром 7-8F. Смену дренажей проводили через 1-1,5 месяца на протяжении не менее 2-х лет. Всем пациентам выполняли баллонную дилатацию зоны стриктуры (от 3 до 5 раз). Множественные конкременты протоков выявили у 4 пациентов. К данному моменту дренажи удалены у 9 пациентов.

Летальных исходов не было.

**Результаты.** Гемобилию на этапе первичного дренирования, остановленную консервативно, наблюдали у 2 пациентов. Отдаленные результаты лечения в сроки от одного месяца до двух лет признаны хорошими у всех пациентов. Явлений холангита и механической желтухи у этих больных не отмечено. Применение дренажей с фиксирующим замком позволило избежать осложнения в виде миграции дренажа. Дилатация зоны стриктуры баллонами диаметром 8-10 мм позволила вывести все конкременты из желчных протоков у 2 пациентов, частично — у 2. Последние пациенты ещё продолжают процесс лечения и им возможна дилатация баллонами большего диаметра (до 12-14 мм), что позволит вывести конкременты.

**Заключение.** Накопленный опыт позволяет констатировать, что длительное чрескожное транспеченочное каркасное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков является эффективным способом восстановления желчеоттока при доброкачественных рубцовых стриктурах. Этот метод, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, служит альтернативой хирургическому лечению после неоднократных хирургических вмешательств при стриктурах гепатикохоледоха.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ПАПИЛЛОСТЕНОЗОМ

Никуленков С.Ю., Биричевский Н.Г., Корнев В.М.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрав», Смоленск, Россия

**Цель исследования:** проанализировать отдаленные результаты лечения холедохолитиаза и папиллостеноза с использованием трансхоледоховой папиллосфинктеротомии, выполненной из различных лапаротомных доступов.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на основе анализа результатов хирургического лечения 168 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и папиллостенозом, оперированных в период с 1998 по 2008 гг.

Холецистэктомию (ХЭ) с трансхоледоховой папиллосфинктеротомией (ТХПСТ) (патент

№ 2167621 от 2001 г.) из минилапаротомного доступа, разработанного в клинике (патент № 2188584 от 2002 г.), выполнили 93 (55,4%) больным.

Отдаленные результаты хирургического лечения оценивались в срок от 3 до 10 лет у 67(40%) больных от всех оперированных из различных доступов: мини-доступ — 35 пациентов (основная группа); традиционный лапаротомный доступ — 32 пациента (контрольная группа).

Пациенты всех групп имели избыточную массу тела. Индекс массы тела (ИМТ) колебался в пределах от 22,4 до 53,8 кг/м<sup>2</sup>. Статистически зна-

чимых различий по полу, возрасту, ИМТ, частоте и структуре сопутствующих заболеваний между исследуемыми группами выявлено не было. На каждого больного в среднем приходилось по 2,8 сопутствующих заболевания.

Отдаленные результаты оценивали на основании субъективного ощущения больными состояния своего здоровья после операции. Они были распределены на 3 подгруппы: 1-ая подгруппа — хорошие результаты, характеризующиеся полным отсутствием жалоб или значительным улучшением состояния (соблюдение строгой диеты или медикаментозное лечение не требуются); 2-ая подгруппа — удовлетворительные результаты, характеризующиеся уменьшением болевого синдрома и диспепсических жалоб после операции (необходимо соблюдение диеты или периодический прием медикаментов); 3-я подгруппа — неудовлетворительные результаты, характеризующиеся сохранением жалоб и/или их усилением (необходимость амбулаторного приема медикаментов и периодического стационарного обследования и лечения).

Для достоверной оценки отдаленных результатов использовали два международных опросника качества жизни: общий опросник (SF-36) и специализированный опросник для гастроэнтерологических больных (GSRS).

**Результаты.** Хорошие результаты при МХЭ+ТХПСТ получили у 26 (74,3%) боль-

ных, при ТХЭ+ТХПСТ — у 19 (59,3%). Неудовлетворительные результаты при МХЭ+ТХПСТ отметили у 2 (5,7%) больных и при ТХЭ+ТХПСТ — у 3 (9,5%).

Изучение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни с помощью специализированного гастроэнтерологического опросника показывает, что операция приводит к перестройке функционирования пищеварительной системы. Неудовлетворительные результаты, в первую очередь, обусловлены обострением или прогрессированием существовавших до операции заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Для определения влияния выбранного оперативного доступа на показатели общего качества жизни пациентов, изучены показатели шкалы SF-36 до и после операции.

**Выводы.** Выраженность симптомов, связанных с заболеваниями органов пищеварения, в отдаленные сроки после операции у пациентов перенесших МХЭ с ТХПСТ была меньше, чем у пациентов после ТХЭ с ТХПСТ.

Холецистэктомия с ТХПСТ из мини-доступа является предпочтительной у больных как с сопутствующими заболеваниями в стадии функциональной субкомпенсации, так и без них. Холецистэктомия этим способом может выполняться больным любого возраста и при любой массе тела.

## СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ПАПИЛЛИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Щербина С.И.

*Национальный институт хирургии и трансплантологии им А.А. Шалимова, Киев, Украина*

Согласно данным литературы, стенозирующий папиллит является причиной болевого синдрома у 13–15% больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Изучены результаты 712 эндоскопических папилофактеротомий (ЭПСТ), выполненных больным со стенозирующим папиллитом, как проявлением постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), за период с 2000 по 2011 гг. Возраст больных был в пределах от 19 до 88 лет. Пациентов женского пола было 510 (71,6%), мужского — 202 (28,4%).

У 712 больных с постхолецистэктомическим синдромом диагностировали стеноз сфинктера Одди при условиях отсутствия холедохолитиаза и органических изменений общего желчного протока (ОЖП). Для диагностики стенозирующего папиллита использовали собственные разработанные критерии:

- рецидивирующие приступообразные боли в правом подреберье после перенесенной холецистэктомии;

- эпизоды гипербилирубинемии (до 40 мкмоль/л);

- дилатация ОЖП по данным УЗИ и ЭРПХГ > 10 мм;

- замедление выведения контрастного вещества после ЭРПХГ > 20 минут;

- функционирующий наружный желчный свищ, при отсутствии холедохолитиаза и органических изменений ОЖП;

- эндоскопические признаки органических изменений сосочка (увеличение его размеров, гиперемия устья, эктопия слизистой ампулы > 1/3 поверхности сосочка, аденоматозные разрастания в области устья).

Типичную канюляционную ЭПСТ выполнили 284 (39,9%) больным. При длительной или

сложной канюляции сосочка у 428 (60,1%) больных выполнили атипичные эндоскопические папиллотомии. Торцевую папиллотомию выполнили 294 (68,7%) больным, предрассечение — 38 (8,9%), фистулотомию — 55 (12,8%), транспанкреатическую септотомию — 41 (9,6%) больному. У 68 пациентов с целью сохранения сфинктерного аппарата ампулы выполняли балонную дилатацию сосочка после предварительной частичной папиллотомии.

В результате проведенного лечения (опросник SF36) отличные и хорошие результаты были получены у 584 (82%) больных, результаты оценены как удовлетворительные у 75 (10,5%) больных. Неудовлетворительный результат отмечен у 53 пациентов. Это была категория больных с опухолевыми рестенозами и больные, у которых ЭПСТ выполнили при отсутствии дилатации желчных протоков. Осложнения возникли у 31 (4,4%) больного:

кровотечение из папиллотомной раны — в 18 случаях, острый панкреатит — в 13.

Контрольные осмотры зоны папиллотомии с целью исключения злокачественной опухоли, даже при отрицательных результатах первичной биопсии, проводили через 3, 6, 12 и 24 месяца после выполнения ЭПСТ. Опухолевые рестенозы наблюдали у 31 (4,4%) больного в сроки от 6 до 24 месяцев после выполнения папиллотомии при контрольных осмотрах, а также при самостоятельном обращении пациента в связи с появлением механической желтухи. В дальнейшем эти больные подлежали оперативному лечению, а в неоперабельных случаях выполняли эндобилиарное стентирование.

**Выводы.** Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с биопсией сосочка и дальнейшими контрольными осмотрами зоны операции является методом выбора в лечении постхолецистэктомического синдрома, обусловленного стенозирующим папиллитом

## О ПРАВОМОЧНОСТИ ДИАГНОЗА «ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Овчинников В.А., Базаев А.В., Гошадзе К.А.

Кафедра общей хирургии им. А.И. Кожевникова Нижегородской государственной медицинской академии, Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** обосновать положения, доказывающие несостоятельность диагноза «постхолецистэктомический синдром»

**Материалы и методы.** С 2001 года по 2010 год в нашей клинике оперировано 4960 больных с калькулезным холециститом и 23 с бескаменным холециститом. При обследовании больных использовали рентгеновские методы диагностики, ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастроскопию, фиброколоноскопию и магнитно-резонансную томографию.

В клинику в течение анализируемого периода с ориентировочным диагнозом «постхолецистэктомический синдром» был направлен 271 больной. Пациенты жаловались на боли в правом подреберье и верхней части живота, тошноту, иногда рвоту, отрыжку желчью, запоры с вздутием живота, жидкий стул. У части больных наблюдали невыраженную желтуху и явления острого холангита с ознобами. Перечисленные жалобы появились в разные сроки после холецистэктомии.

**Результаты.** Из исследования исключили больных, имевших заболевания желудочно-кишечного тракта, которые после холецистэктомии по клиническим проявлениям могли трактоваться как «постхолецистэктомический синдром». Исключили из исследования также больных с осложнениями

желчнокаменной болезни, потребовавшими, кроме холецистэктомии, дополнительных операций, последствия которых могли проявляться как «постхолецистэктомический синдром». Из этих же соображений не вошли в число анализируемых больные с операционными осложнениями при холецистэктомии и больные с деструктивным бескаменным холециститом, осложненным диффузным перитонитом, с развитием спаечной болезни брюшной полости. У остальных больных (более 1800 человек) после безусловно выполненной холецистэктомии имелись жалобы, которые можно было считать проявлением «истинного постхолецистэктомического синдрома». По-видимому, природа этих жалоб та же, что и природа камнеобразования в желчном пузыре: повышение литогенности желчи, нарушение ее пассажа в двенадцатиперстную кишку, колонизация этой кишки анаэробной микрофлорой, дисфункция сфинктера Одди в виде гипотонии или гипертонии. Удаление нефункционирующего желчного пузыря с камнями не устраняет указанные факторы, которые и обуславливают продолжение болезни и провоцируют ее обострения. Называть это продолжение болезни «постхолецистэктомическим синдромом» неправомерно. У 1/3 больных при УЗИ после холецистэктомии обнаружено разной степени выраженности расширение общего желчного прото-

ка, однако его у большинства из них наблюдали и до операции. Интерпретировать этот факт можно и как проявление стойкого гипертонуса сфинктера Одди, и как приспособление компенсаторного характера в связи с утратой резервуарной функции желчного пузыря. Обращено внимание, что камне-носители и пациенты с оставленным длинным пузырным протоком никаких жалоб не предъявляли. У 271 больного, госпитализированного с диагнозом «постхолецистэктомический синдром», под маской этого диагноза «скрывались» резидуальные или за-

бытые камни в желчных протоках, рецидивирующие холангиты в связи с забросом содержимого двенадцатиперстной кишки через холедоходуоденостомоз или стриктуры терминального отдела холедоха, сформировавшиеся в разные сроки после холецистэктомии.

**Заключение.** Так называемый «постхолецистэктомический синдром» не соответствует сущности патологических процессов, наблюдаемых у пациентов после удаления желчного пузыря, и этот термин не должен использоваться при формулировке диагноза.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Орлов С.Ю., Михалёва Л.М., Паньков А.Г., Орлова Е.Н., Будзинский С.А.

*Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
НИИ морфологии человека РАМН, Москва, Россия*

Проблема диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) остается актуальной для клиницистов разных специальностей. Сведения о характере, частоте и гистологической структуре доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки (ДНО БСДК), являющихся причиной ПХЭС, ограничены, что послужило основанием для настоящего исследования.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии №2 РГМУ с января 2004 по декабрь 2010 года находилось на лечении 844 пациента с диагнозом ПХЭС. Оперативное лечение провели 576 (68,1%) пациентам, из которых 564 выполнили эндоскопические операции. Из 564 больных, которым были выполнены эндоскопические вмешательства на желчевыводящих путях и поджелудочной железе, ДНО БСДК были гистологически верифицированы у 76 (13,5%) пациентов. Эту группу составили 16 мужчин и 60 женщин, в возрасте от 24 до 89 лет (средний возраст — 65±11 лет). Всем больным ранее была выполнена холецистэктомия в различных стационарах и в разные сроки. Из 76 пациентов клиническую симптоматику выявили у 72, из них с картиной различной степени выраженности желчной гипертензии заболевание протекало у 54 больных, с картиной хронического панкреатита с панкреатической гипертензией — у 9, со смешанной панкреатобилиарной симптоматикой — у 9 больных. У оставшихся 4 больных отчетливых клинических проявлений не наблюдали. Согласно лечебно-диагностическому алгоритму, при выявлении клинико-лабораторных

и ультразвуковых признаков внепеченочного холестаза и/или панкреатикозктазии выполняли дуоденоскопию или эндоскопическую ультрасонографию. Завершающим этапом диагностики являлась ЭРХПГ с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и соответствующим вмешательством на протоках. При выявлении изменений БСДК обязательно проводили биопсию измененных тканей сосочка.

**Результаты.** Комплексное обследование исследуемой группы больных выявило, что патологическим субстратом клинических проявлений у 53 послужило изолированное ДНО, ДНО БСДК сочеталось с холедохолитиазом — у 19 и с перипапиллярным дивертикулом — у 4. Всем больным выполнили ЭРХПГ и ЭПСТ с биопсией тканей сосочка. У 19 больных с холедохолитиазом после ЭПСТ выполнили литоэкстракцию, еще у 19 больных с сопутствующей панкреатической гипертензией ЭПСТ дополнили вирсунготомией, а у 5 — стентированием главного панкреатического протока (ГПП). Патоморфологически изменения БСДК интерпретировали как гиперпластический полип в 47 случаях, аденома — в 10, аденофиброма — в 13, аденомиоматозная гиперплазия — в 1, железисто-кистозная гиперплазия переходной складки — в 2, железисто-фиброзный полип — в 3. После эндоскопических вмешательств в 5 (6,5%) из 76 случаев развился острый панкреатит, разрешившийся у 3 больных после консервативной терапии и в 2 случаях потребовавший дополнительного протезирования ГПП. В 1 (1,3%) из этих наблюдений отметили прогрессирующее течение панкреонекроза,



преведшее к летальному исходу. Эндоскопические операции, направленные на удаление ДНО, выполнили у 10 пациентов с аденомой 1-2 ст. дисплазии без осложнений. Из них у 9 выполнили удаление аденомы по разработанной в клинике методике и у 1 — аргано-плазменную коагуляцию ДНО после эндоскопического профилактического стентирования ГПП.

**Выводы.** 1) В структуре ПХЭС доброкачественные новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки составляют 13,5% причин его возникновения. 2) Гиперпластические полипы являются наиболее распространенным патоморфологическим субстратом доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки у больных с ПХЭС.

## АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

**Петров В.С., Аргунов В.А.**

*Республиканская больница №1 — Национальный центр медицины, Якутск, Россия*

**Цель исследования.** Обоснование оптимальных методов реконструктивных операций при повреждении и стриктурах желчных путей путем изучения анатомических особенностей внепеченочных желчных протоков на аутопсийном материале.

**Материалы и методы.** Изучение анатомических особенностей внепеченочных желчных протоков проведено на 50 трупах, умерших от различных заболеваний в возрасте от 40 до 60 лет, без патологии со стороны брюшной полости. После извлечения органокомплекса и обнажения ворот печени проводили измерение длины правого и левого печеночных желчных протоков, а также протяженности общего печеночного протока.

**Результаты.** В большинстве случаев (98%) долевые желчные печеночные протоки локализовались внепеченочно и длина их варьировала в пределах от 0,5 до 3,0 см. В 1 случае выявили внутрипеченочное расположение долевых желчных протоков, включая их бифуркацию. Левый печеночный проток чаще был длиннее, по сравнению с правым. Так, если правый печеночный проток был больше 2 см в 26% случаев, то левый — в 40% случаев. Правый печеночный проток не был длиннее 3 см, тогда как в 8% случаев левый был длиннее 3 см. Средняя длина левого печеночного протока (1,63 см) была больше средней длины правого (1,44 см).

Анатомические особенности (топография и сравнительно большая длина) левого печеночного протока представляются более выгодными для проведения реконструктивных операций в этой области, наложения желчно-кишечного анастомоза. Это согласуется с исследованиями многих авторов, которые рекомендуют продольное рассечение левого долевого протока для увеличения ширины желчно-кишечного анастомоза, а при коротком левом печеночном протоке для формирования достаточно широкого анастомоза рассечение протока можно продолжить на область бифуркации. Общий печеночный проток формировался внепеченочно в 98% случаев слиянием правого и левого печеночных протоков. Длина его до впадения пузырного протока варьировала в пределах от 1 до 5 см. В 74% случаев длина общего печеночного протока была больше 3 см., что имеет важное значение при оперативных вмешательствах в этой области.

**Выводы.** По данным нашего исследования в большинстве случаев (98%) бифуркация и долевые печеночные желчные протоки располагаются вне ткани печени с преобладанием длины левого печеночного желчного протока, что позволяет проводить реконструктивные операции при повреждениях и стриктурах внепеченочных желчных протоков.

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

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

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

**Цель исследования.** Улучшение результатов реконструктивных и восстановительных операций при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков; определение оптимальных сроков для вы-

полнения повторных вмешательств с учетом данных современных методов диагностики и патогенетически обоснованной предоперационной подготовки в ранние сроки, так как длительная предоперацион-

ная подготовка у этой категории больных нередко приводит к развитию необратимых изменений в печени и других внутренних органах.

**Материалы и методы.** С 1975 по 2010 гг. были оперированы 102 больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных путей, осложнившимися стойкими желчными свищами, в возрасте от 28 до 74 лет. Мужчин было 22 (20,5%), женщин — 80 (79,5%).

**Результаты.** Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков произошли при выполнении открытой холецистэктомии у 84 больных и при лапароскопических операциях — у 18. Повреждение внепеченочных желчных протоков возникли при выполнении холецистэктомии по неотложным показаниям у 60 пациентов и при плановой холецистэктомии у 42 больных, в том числе у 8 больных — при резекции желудка. При повторных вмешательствах были обнаружены следующие виды повреждений: пересечение общего печеночного и общего желчного протоков — у 15 пациентов, иссечение общего желчного и общего печеночного протоков — у 8, пристеночное или почти, полное пересечение печеночно-желчного протоков при холецистэктомии «от дна» — у 15, травмирование зажимом и прошивание общего желчного протока — у 12 и общего печеночного — у 17, при неосторожных манипуляциях во время остановки кровотечения — у 11, пересечение и перевязка общего печеночного протока при различных аномалиях его развития — у 5, линейное повреждение общего печеночного протока — у 11 больных. Повреждение и прошивание общего желчного протока во время резекции желудка у 8 больных. У 3 больных повреждение внепеченочных

желчных протоков выявили во время операции и не устранили в связи с крайне тяжелым состоянием больного. Всего у 102 больных произвели 124 оперативных вмешательства: восстановительными или реконструктивными явились 102 вмешательства; в связи с возникшими послеоперационными осложнениями — 22. Антирефлюксный супрадуоденальный анастомоз (патент 85986) сформировали 30 больным, в том числе в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой, гепатикодуоденостомией — у 14, гепатикоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру — у 38, пластикой общего желчного протока — у 9, ушиванием отверстия в протоке по Гейнеке-Микуличу — у 2, с рассечением протока в продольном направлении и последующим сшиванием в поперечном и пластикой желчного протока с анастомозом «конец-в-конец» — у 3 больных. Во всех наблюдениях, в которых выполняли гепатикодуоденостомию, неотъемлемым этапом операции являлась мобилизация двенадцатиперстной кишки. При выполнении реконструктивных и восстановительных операций важное значение придавали надежному дренированию подпеченочного пространства и других мест скопления гноя или желчи путем применения спаренных дренажей (а.с. 1109175), ирригоаспираторов (а.с. 1049068). Отмечен 1 летальный исход от печеночной недостаточности.

**Заключение.** Сравнение ближайших и отдаленных результатов восстановительных и реконструктивных операций выявило преимущества первых. Целенаправленная хирургическая профилактика наиболее частых осложнений позволяет улучшить результаты реконструктивных и восстановительных операций.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБЪЕДИНЯЕМЫХ ТЕРМИНОМ «ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»<sup>1</sup>

**Прудков М.И.**

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

<sup>1</sup>Постхолецистэктомический синдром — рецидив клиники желчнокаменной болезни, после холецистэктомии

1. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) (персистирующая ЖКБ и ее осложнения):

➤ холецистит (рецидив литогенеза в оставшейся шейке желчного пузыря);

➤ холангиолитиаз — дистиколитиаз (резидуальный конкремент в культе пузырного протока), резидуальный и рецидивный холангиолитиаз;

➤ патология большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и парафатеральной области (стенозирующий папиллит, рубцовый сте-

ноз БСДК, несостоятельность БСДК, транспапиллярный свищ, парафатеральный дивертикул);

➤ патология печени и поджелудочной железы (билиарный цирроз печени, хронический индуративный панкреатит).

2. Последствия перенесенной операции:

неспецифические последствия манипуляций на тканях брюшной стенки и брюшной полости (парестезии, невриномы, хондриты, лигатурные инфильтраты, тянущие рубцы, грыжи, инородные тела);

➤ функциональные последствия целенаправленной хирургической коррекции билиарного тракта: простая киста ложа желчного пузыря (исход неполной мукоклазии или операций типа Прибрама), синдром отсутствия желчного пузыря (эрозивный дуоденит, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, диаррея), рефлюкс-холангит после папиллотомии (папиллосфинктеротомии) или холедоходуоденостомии, рестеноз БСДК;

➤ последствия операционных повреждений:

- желчных протоков: биллома, рубцовая стриктура (сегментарный, долево́й, общий печеночный или общий желчный проток), синдром отключенной печеночной паренхимы (сегмент, доля, печень), механическая желтуха, обтурационный холангит, билиарный цирроз (сегмент, доля, печень);

- артерий: гематома, посттравматическая аневризма, ишемическая стриктура желчного протока (сегмент, доля, печень), ишемия печеночной па-

ренхимы (некробиоз и кратковременная паренхиматозная желтуха, некроз, абсцедирование или рубцовая трансформация прилегающей к пузырному ложу печеночной ткани, сегмента или доли печени);

- воротной вены и ее ветвей: тромбоз (преходящая ишемия или некроз обширной зоны паренхимы, острая печеночно-почечная недостаточность, абсцедирование), подпеченочная портальная гипертензия, цирроз печени;

- окружающих органов: посттравматический панкреатит.

3. Фоновые заболевания, беспокоившие больного до операции или развившиеся в последующем, симптоматика которых близка с проявлениями желчнокаменной болезни (хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта, почек, позвоночника, сердечно-сосудистой системы, нервной системы и т.п.).

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ КАК ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Рахимов Б.М., Галкин И.В., Калугин А.А., Баранов В.Р., Кривов А.И.

МУЗ Клиническая больница №5, Тольятти, Россия

Различные по характеру и природе заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны могут проявляться синдромом механической желтухи. Больных с механической желтухой, безусловно, следует относить к группе больных с острыми хирургическими заболеваниями, что применительно к ним обуславливает urgentную хирургическую тактику.

Материалы и методы. Проанализированы 111 КСБ пациентов с механической желтухой, за последние 5 лет. Мужчин было 52, женщин — 59. Возраст больных колебался в пределах от 31 до 84 лет. 61 больной был в возрасте старше 60 лет. Длительность желтухи до 7 дней была у 56 больных, 14 дней — у 38 больных, более 14 дней — у 17 пациентов. Уровень общего билирубина был < 100 мкмол/л — у 49 больных, от 100 до 200 мкмол/л — у 51 больного и >200 мкмол/л — у 11 пациентов. Причиной механической желтухи был холедохолитиаз у 56 больных, новообразования и воспалительные заболевания большого сосочка двенадцатиперстной кишки — у 44 больных, повреждения желчевыводящих протоков и инородное тело холедоха — у 11 больных. В диагностике причины желтухи использовали СКТ, ЯМР, рентгенологические, эндоскопические и лабораторные методы исследований.

Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию провели всем пациентам.

Эндоскопическую папиллотомию выполнили 84 пациентам; открытую холедохолитотомию выполнили 6 пациентам (операция завершена наружным дренированием холедоха у 2 и холедоходуоденостомией — у 4 больных); трансдуоденальную папилэктомию выполнили 3 больным; пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию — у 3; гепатикоеюностомию по Ру — 11 пациентам; резекцию желудка по Ру — 1. У 1 больной из общего желчного протока удалили нитиоловый протез с памятью формы, инкрустированный желчными конкрементами.

Результаты. Осложнений было 3. У одной больной после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) развилась забрюшинная флегмона на почве повреждения двенадцатиперстной кишки (3 степени), больная погибла. Другой больной с раком головки поджелудочной железы и уровнем билирубина свыше 500 мкмол/л произвели пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию с резекцией и пластикой воротной вены, она умерла на фоне нарастающей печеночной недостаточности и тромбозоморрагического синдрома. У одной больной после ЭПСТ развился тяжелый рефлюкс-холангит, потребовавший резекции желудка по Ру с хорошим отдаленным результатом. У другой больной после холедоходуоденостомии также развился тяжелый рефлюкс-холангит. Консервативная тера-

пия успеха не имела и больной произвели снятие холедоходуоденоанастомоза с реконструкцией в гепатикоюностомию по Ру с хорошим отдаленным результатом. Из 84 эндоскопических папиллотомий 2 оказались не эффективными: размеры конкрементов значительно превышали папиллотомическое отверстие. Больным выполнили лапаротомию

с холедохолитотомией и наружным Т-образным дренированием.

**Заключение.** Эндоскопическая папиллотомия остается методом выбора при многих патологических состояниях гепатобилиарной зоны, особенно у больных с механической желтухой, когда диагностическая манипуляция переходит в лечебную.

## ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Репин М.В., Микрюков В.Ю., Вагнер Т.Е.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
Пермь, Россия

**Цель исследования:** оценить функциональное состояние сфинктера Одди у больных в отдаленные сроки после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных в отдаленные сроки после холецистэктомии. Женщин было 41, мужчин — 9. Средний возраст составил  $58 \pm 12$  лет. Для оценки функционального состояния гепатобилиарной системы проводили динамическую гепатобилисцинтиграфию (ГБСГ) на гамма камере Segams 9100 после внутривенного введения радиофармпрепарата (РФП)  $^{99m}\text{Tc}$  — бромезида в дозе 74 МБк в течение 90 минут с желчегонным завтраком на 45 минуте. Оценивали пассаж изотопа по гепатикохоледоху, двенадцатиперстной кишке и дуоденогастральный рефлюкс. Определяли время клиренса крови, время максимального накопления и полувыведения печени, время визуализации гепатикохоледоха, время его максимального накопления и полувыведения, время появления РФП в кишечнике. В координатах «активность — время» строили гистограммы с «зон интереса». По отношению площадей кривой желудка и двенадцатиперстной кишки определяли величину и степень дуоденогастрального рефлюкса (ДГР).

**Результаты.** Признаки нарушения функции печени выявили у 22 (44%) больных, в основном за счет поглотительной функции. Увеличение размеров общего желчного протока по данным сцинтиграфии отметили у 48 (96%) больных, но замедление его опорожнения установили лишь у 4. У 24 (48%) больных определили раннее начало поступления РФП в двенадцатиперстную кишку и ускоренное опорожнение холедоха.

Признаки затруднения опорожнения двенадцатиперстной кишки удалось установить у 25 (50%) пациентов: период полувыведения превышал 20 минут у 24 (49%) больных, показатель двигательной функции был ниже 35% у 14 больных, причем

эти показатели коррелировали с диаметром кишки ( $2,65 \pm 0,52$  см). То есть у большинства больных сократительная способность двенадцатиперстной кишки была сохранена, но функциональное нарушение проявлялось в большей степени затруднением эвакуации. В тоже время, у многих больных двенадцатиперстная кишка была расширена. ДГР визуально определялся у 24 (46%) больных, из них I степени — у 12, II степени — у 6, III степени у 5 — и IV степени — у 1 больного.

**Выводы.** Не смотря на то, что выделительная функция печени страдает в меньшей степени, у большинства больных наблюдается дилатация внепеченочных желчных протоков. Парадоксальное расширение холедоха у всех пациентов сопровождается ранним началом его опорожнения. Лишь у 2 больных размеры холедоха по данным сцинтиграфии соответствовали нормальным значениям. Вместе с тем, функциональные показатели желчных протоков у большинства больных соответствовали норме, лишь у 4 больных они превышали нормальные параметры, что свидетельствовало о механической природе затруднения опорожнения протоковой системы. У 48% больных по данным сцинтиграфии имелись признаки билиарных дисфункций, что свидетельствует о недостаточности сфинктера Одди.

Проведенное исследование выявило взаимосвязь билиарных дисфункций с нарушениями моторики двенадцатиперстной кишки и дуоденогастральным рефлюксом. Это позволяет предположить, что в генезе постхолецистэктомического синдрома большое значение имеют дискинезии двенадцатиперстной кишки и ее сфинктерного аппарата, которые сопровождаются функциональными нарушениями печени и желчевыводящей системы. Применение ГБСГ позволяет уточнить причину неудовлетворительных результатов операций и определить тактику лечения сложной категории больных.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ И ДИВЕРТИКУЛАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Минеев Д.А., Дьяченко М.И., Ложкина Н.В., Коваленко С.В.  
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
МУЗ Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны при холелитиазе и хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** При дуоденоскопии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) у 750 больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ) дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДПК) различной локализации выявили в 98 (13,1%) случаях, из них в 44 (44,8%) они были множественными. При локализации большого дуоденального сосочка (БДС) в области дна дивертикула у 7 (6,8%) больных выполнить контрастирование протоков не удалось. Локализацию сосочка в таких ситуациях определяли по расположению продольной складки. БДС располагался в области дна в 9 (9,1%) случаях, в тела — в 34 (34,6%), шейки и устья дивертикула — в 33 (33,6%) случаях. Парадивертикулярное расположение сосочка отметили у 22 (22,4%) больных.

**Результаты.** При ЖКБ, осложненной рубцовым стенозом (РС) БДС и хроническим панкреатитом, до 52% больных имеют сочетанный рубцовый стеноз устья главного протока поджелудочной железы (ГППЖ) и нуждаются в его хирургической или эндохирургической коррекции. Из 568 ЭПТ, выполненных при ЖКБ и ее осложнениях, транспапилярную ЭСТ по поводу сочетанного РС БДС и устья ГППЖ произвели у 59 (10,3%) человек. Показаниями для ЭСТ при сочетанном РС БДС и устья ГППЖ являлись: сочетанный РС устья ГППЖ I-III степени, хронический рециди-

вирующий билиарный панкреатит с гиперферментемией и болевым синдромом, исходное секреторное давление в устье ГППЖ по данным ЭВТМ более 300 мм вод. ст, дилатация вирсунгова протока в области головки более 6 мм по данным УЗИ и ЭРХПГ, калькулезный вирсунгит. В исследуемой группе женщин было 47 (80,4%), мужчин — 12 (19,6%). ЖКБ в анамнезе отмечена у 51 (88,2%) больных. Операции на желчевыводящих путях перенесли в этой группе 26 (45%) человек. Уровень билирубинемии, соответствующий механической желтухе 1 степени тяжести, наблюдался у 26 (45,1%), 2 степени — у 19 (31,4%), 3 степени — у 6 (7,8%) пациентов. Гиперамлаземию выявили у 40 (60,9%) больных. Гнойный холангит наблюдали у 43 (62,7%) человек. При гнойном холангите и последовательно выполненной литоэкстракции данное эндохирургическое вмешательство проводили вторым этапом на 4-5 сутки после ЭПТ и купирования клинических и лабораторных признаков гнойного холангита. Одномоментно операцию выполнили в 42 (71,4%) случаях, этапно — у 19 (28,6%) пациентов. Послеоперационные осложнения отметили у 4 (7,4%) больных: дуоденальное кровотечение — 1 (1,6%), острый панкреатит — 1 (1,6%), панкреонекроз — 1 (1,6%) и бессимптомная гиперамлаземия у — 1 (1,6%). Летальных исходов не было.

**Выводы.** Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов комплексного хирургического лечения гипертензионных форм хронического билиарного панкреатита необходимо более широко использовать транспапилярные эндоскопические операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Наржанов Б.А., Токсанбаев Д.С.,  
Ибекенов О.Т. Исбамбетов А.С.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Лечение холедохолитиаза является одной из важных проблем современной хирургии. Это обусловлено широким распространением острого и хронического панкреатита и частым раз-

витием тяжелых осложнений, основными из которых являются обтурационная желтуха, острый холангит, сепсис. Результаты лечения больных с этой патологией нельзя считать удовлетворительными,

что делает необходимым поиск новых и усовершенствование имеющихся способов лечения данной патологии.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с рецидивным и резидуальным холедохолитиазом.

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 35 пациентов с холедохолитиазом в возрасте от 31 до 76 лет. Гнойный холангит осложнял течение холедохолитиаза у 9 (25,7%) больных, острый панкреатит — у 8 (22,8%) больных. Мужчин было 9 (25,7%), женщин — 26 (74,3%). Основными клиническими проявлениями заболевания были: механическая желтуха — в 11 случаях, ремиттирующая желтуха — в 5 случаях. Проявления кожного зуда отмечены у 18 больных, холангит — у 10, боли в правом подреберье и эпигастрии — у 8 больных.

Для диагностики использовали современные методы исследования — УЗИ, КТ и МРХПГ, а также ЭРХПГ.

Все пациенты ранее были оперированы в разных областях Республики: СДХДА сформировали в 5 (14,2%) случаях, лапароскопические и традиционные холецистэктомии выполнили в 24 (68,5%) и холедохолитотомию — в 6 (17,1%) случаях.

**Результаты.** Различные радикальные оперативные вмешательства выполнили 35 больным, у которых в 22 случаях холедохолитиаз сочетался со стенозом терминального отдела холедоха: трансдуоденальную папиллосфинктеропластику выполнили в 15 (42,8%) случаях; холедохолитотомию — в 7 (20,0%); двойное внутреннее дренирование (ТДПСР+СДХДА) произвели в 2 (5,7%) слу-

чаях; супрадуоденальное транспапиллярное ретроградное извлечение конкрементов, при вколоченных конкрементах терминального отдела холедоха, выполнили в 3 (8,5%) случаях; ЭРХПГ+ЭПСТ с литоэкстракцией — в 9 (27,5%) случаях.

Во всех случаях проводили интраоперационное рентгенологическое исследование желчных путей с контрастированием. Максимальный размер конкрементов при удалении эндоскопическим путем составил 1,0 см.

В послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: острый панкреатит после эндоскопической литоэкстракции, который купировали консервативными мероприятиями, в 1 случае; подтекания желчи по контрольному дренажу — у 3 больных, нагноение раны — у 1 больного.

Отдаленные результаты после операции прослежены у 23 пациентов. Сроки наблюдения были от 4 месяцев до 5 лет. Хороший результат отметили в 21 (91,3%) случае, Симптомы, связанные с патологией желчевыводящих путей, у этих пациентов отсутствовали. Больные ведут обычный образ жизни, работают по специальности. Удовлетворительные результаты были у 2 (8,6%) больных, больные отмечали периодический дискомфорт и боли в правом подреберье, купирующиеся консервативной терапией. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

**Заключение.** Комплексное инструментальное обследование гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны с контрастированием желчных протоков и радикальное лечение больных с холедохолитиазом позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

## ЯТРОГЕННЫЕ ТРАВМЫ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Кузнецов И.С., Коробейников В.И.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Ижевск, Россия

Ятрогенные повреждения желчных протоков (ПЖП) — одно из коварных операционных осложнений, требующих сложных и, часто, неоднократных реконструктивных или восстановительных операций, приводящих нередко к инвалидизации или смерти пациентов (Кузовлев Н.Р., 1991). С широким внедрением лапароскопических холецистэктомий (ХЭ) и при минидоступе частота ПЖП увеличилась с 0,8% до 3,5%. Вопросы современной диагностики, сроков, выбора метода хирургической коррекции при ПЖП остаются в центре внимания современной хирургической гепатологии.

С 1985 по 2010 год под наблюдением находились 68 больных с ПЖП. Тяжесть состояния пациентов осложняла механическая желтуха (55 пациентов), гнойный холангит (35), прогрессирующая ахолия с полным желчным свищем (7), холемическое кровотечение (6). Прогрессирующая холемическая интоксикация и печеночная недостаточность были выражены у 52 больных. Причиной ПЖП в 53 наблюдениях были технические сложности при лапаротомной операции на желчных путях, ПЖП при лапароскопической ХЭ было у 9 пациентов, и при ХЭ из минидоступа — у 4. 17 больных опе-

рировали в ЦРБ повторно по поводу возникших осложнений и поступали в хирургическую клинику спустя 2-6 недель после первой операции. В клинике диагностический комплекс включал УЗИ, ЭРПХГ, компьютерную томографию и чрескожно-чреспеченочную холангиографию. В пред- и послеоперационный лечебный комплекс с детоксикационной, антисептической и иммунокорригирующей целью включали интенсивную инфузионную терапию, плазмаферез, внутривенные инфузии озонированных растворов, спленопида, энтеросорбцию, энтеральное введение спленоперфузата, ректальную озонотерапию. При гнойном холангите проводили санацию транспеченочных дренажей озонированным раствором, диоксидином, по показаниям проводили холесорбцию и энтеральную реинфузию сорбированной и оксигенированной желчи. Из-за исходной тяжести состояния операцию у 10 больных проводили в два этапа (I этап — декомпрессия желчных путей, II этап — формирование гепатикоеюноанастомоза на транспеченочных дренажах). Транспеченочное дренирование правой доли печени

применили у 24 больных, левой доли — у 7, обеих долей — у 31 больного. Гепатикоеюноанастомоз по Ру сформировали 53 больным, по Брауну — 11, гепатикодуоденоанастомоз — 2 больным. Прецизионный шов удалось наложить 2 больным с гепатикодуоденоанастомозом с помощью комбинированного манжетного шва. После операции умерло 6 больных (печеночная недостаточность, холемическое кровотечение, сепсис). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 25 лет.

Установлено, что оптимальные сроки для реконструктивных операций при ПЖП является 4-6 недельный период после первой операции. Оптимальным вариантом операции является образование гепатикоеюноанастомоза по Ру с транспеченочным дренированием обеих долей печени. Транспеченочное дренирование в течение 1–2 лет со сменой дренажей раз в 2 месяца, санация их стерильным физиологическим раствором и месячный курс урсосана через каждые 6 месяцев являются мерой профилактики холангита, стеноза билиодигестивного анастомоза и рецидива камнеобразования.

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО МАТЕРИАЛАМ I ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МБУЗ ГК БСМП № 2 г. НОВОСИБИРСКА ЗА 2008–2010 гг.

Старостин С.А., Щёлкин А.А., Довгулёв К.А., Шевелёв Е.Ю.

Кафедра госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета,  
МБУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2 г. Новосибирска,  
Новосибирск, Россия

**Цель исследования.** Профилактика постхолецистэктомического синдрома в условиях возрастающего количества операций на желчевыводящих путях.

**Материалы и методы.** Всего за период с 2008 по 2010 гг. (3 года) выполнено 950 операций у больных с доброкачественными заболеваниями наружных желчных путей. Мужчин оперировано 296, женщин — 654. Оперированные больные были в возрасте от 19 до 88 лет. 615 операций выполняли в плановом порядке. Показаниями являлись: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и хронический холецистит. В экстренном порядке по поводу ЖКБ и острого холецистита оперировали 335 больных.

В протокол амбулаторного обследования у больных, поступающих в плановом порядке, кроме общеклинических обследований включали ФЛГ, ФГДС, УЗИ брюшной полости и почек. Обследование больных, поступающих в стационар по «скорой» помощи, ничем не отличается от амбулаторного протокола. Особое значение придают

диаметру общего желчного протока, как маркеру возможной желчной гипертензии. В этом случае в обязательном порядке планируется проведение интраоперационной холангиографии.

Отказ от лапароскопических операций считаем обоснованным в случаях, когда: 1. в просвете общего желчного протока отмечено наличие гиперэхогенных теней по данным УЗИ наружных желчных путей; 2. расширение общего желчного протока более 1,2 см по данным УЗИ наружных желчных путей; 3. уровень общего билирубина более 60 мкм/л; 4. степень снижения общего билирубина в течение 2 суток от начала консервативной терапии менее чем 20% от первоначальной величины.

Это происходит потому, что из-за дефицита современного эндоскопического оборудования случаи выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и папиллосфинктеротомии единичны. В результате из лапаротомного доступа оперировано 76 больных. Остальным оперативные вмешательства выполнили на лапароскопической стойке Karl Storz.

**Результаты.** В 156 случаях выполнили интраоперационную холангиографию, в 8 случаях установлен холедохолитиаз. В 3 случаях выполнили лапароскопическую холедохолитотомию, в 5 — переход на лапаротомию.

Всего переходов на лапаротомию было 40. Причины переходов были следующими: холедохолитиаз — 5 случаев, синдром Мириззи — 4, в связи с выраженными инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря и невозможностью верификации анатомических структур — 20, в связи с невозможностью верификации анатомических структур при хроническом холецистите из-за выраженного спаечного процесса, в

основном после ранее перенесенных верхнесрединных лапаротомий, — 11 случаев

Летальность составила 1,4%.

Являясь единственным хирургическим стационаром на территории двух районов города, мы отслеживаем больных с постхолецистэктомическим синдромом. За истекший период с 2008 по 2010 гг. случаев постхолецистэктомического синдрома не зарегистрировано.

**Выводы.** Рациональное обследование больных, широкое применение интраоперационной холангиографии, своевременный переход на лапаротомный доступ позволяют при операциях на желчевыводящих путях снизить количество случаев постхолецистэктомического синдрома.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Татаршаов М.Х., Джанкезов А.С., Караев А.А., Борлаков В.Р., Махожев А.М.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск, Россия

**Цель исследования.** Улучшить диагностику и результаты лечения больных постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), обусловленным заболеваниями двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет располагаем опытом лечения 282 больных ПХЭС, у 28 (10%) патологический симптомокомплекс был обусловлен заболеваниями двенадцатиперстной кишки (ДПК) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

Для диагностики ПХЭС наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями, в качестве скрининговых методов всем больным проводили УЗИ и эзофагогастродуоденоскопию. По показаниям — ЭРХПГ, эндоскопическую монометрию сфинктера Одди, этапное хромотическое дуоденальное зондирование, релаксационную дуоденографию. Причиной ПХЭС были: функциональные нарушения сфинктерного аппарата БСДПК — 12; декомпенсированное хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) — 3, в одном случае с абсолютной недостаточностью сфинктерного аппарата БСДПК, во втором с относительной недостаточностью; аденома БСДПК — 2; стенозирующий папиллит — 10, протяженностью более 2,0 см в 5 наблюдениях или сочетавшийся со стриктурой дистального отдела холедоха; парапапиллярный дивертикул ДПК — 1.

**Результаты.** Для купирования постоперационного спазма сфинктера Одди проводили консервативное лечение — миотропные спазмолитики, тюбажи ДПК теплой щелочной минеральной водой, диета, физиолечение.

Терминалateralный холедохоеюноанастомоз с поперечным дуоденоюноанастомозом на выключенной по Ру петле кишки выполнили 2 больным с ХНДП, недостаточностью сфинктерного аппарата БСДПК; дуоденоюноанастомоз «бок-в-бок» — 1, при декомпенсированном ХНДП.

При аденоме БСДПК в обоих наблюдениях выполнили папилэктомию, при гистологическом исследовании операционного материала в одном из них установили рак БСДПК, что явилось показанием к повторной операции (выполнили панкреатодуоденальную резекцию). При стенозе БСДПК во всех 10 случаях произвели эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), у 5 больных с протяженным стенозом или сочетанием стеноза со стриктурой дистального отдела холедоха дополнительно произвели супрадуоденальную холедоходуоденостомию.

При дивертикуле ДПК, осложненном дивертикулитом и механической желтухой, после курса местного и общего противовоспалительного лечения выполнили холедоходуоденостомию.

Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных: перфорацию ДПК и ретродуоденальную флегмону отметили в 1 наблюдении после ЭПСТ (произвели дренирование ретродуоденального пространства и НДХ с благоприятным исходом); непрогнозируемое желчеистечение выявили в 1 наблюдении (прекратилось на 7-ые сутки); острый послеоперационный панкреатит — в 1. Летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Диагностика причины ПХЭС должна быть комплексной и основываться на результатах клинко-лабораторного обследования,



специальных методов рентгенологического, инструментального и функционального исследования. Выбор метода лечения и характер оперативного

вмешательства должны быть индивидуализированы в зависимости от причинного фактора в каждой конкретной ситуации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЦИДИВНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Толстоколов А.С., Гоч Е.М., Дергунова С.А., Саркисян З.О., Поберий Д.Н.  
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского  
Минздравсоцразвития России», Саратов, Россия

**Цель исследования.** Определение путей профилактики осложнений после эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии и онкологии ФПК и ППС за 2 года пролечено 156 больных с холедохолитиазом. Рецидивный холедохолитиаз выявили у 32 больных, резидуальный — у 124.

**Результаты.** Все 32 больных с рецидивным холедохолитиазом были оперированы по поводу желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой: 23 больным выполнили одномоментные открытые холецистэктомии с холедохолитотомией, 9 больным провели двухэтапные вмешательства — папиллосфинктеротомию с экстракцией конкрементов, затем лапароскопическую холецистэктомию.

Из 124 больных с резидуальным холедохолитиазом открытую холецистэктомию перенесли 62 пациента, холецистэктомию из минидоступа — 27 и лапароскопическую холецистэктомию — 35.

У 82 больных после папиллосфинктеротомии конкременты были удалены во время манипуляции, у 39 — при повторном исследовании отметили самопроизвольное отхождение конкрементов, у 35 — проводили 2-3-х-этапную папиллосфинктеротомию, после чего конкременты извлекали или они отходили самостоятельно.

Осложнения после эндоскопической папиллосфинктеротомии развились у 29 больных (18,5%): кровотечение из папиллосфинктеротомной раны — у 16, острый панкреатит — у 11, острый холангит — у 2. Среди 16 больных с кровотечением у

7 пациентов при фиброгастроскопии констатировали продолжающееся кровотечение, у 9 — кровотечение, возникшее во время манипуляции, было остановлено электрокоагуляцией. У всех 7 больных с продолжающимся кровотечением осложнение возникло после самостоятельного отхождения конкрементов.

При контактной литотрипсии осколки разрушенных конкрементов извлекали с помощью корзины Дормиа. В результате усиления перистальтики или риска возникновения кровотечения из папиллосфинктеротомной раны при экстракции осколков разрушенных конкрементов эндоскопическую операцию откладывали на 2-4 дня. За это время осколки разрушенных конкрементов мигрировали самостоятельно, происходила травматизация папиллосфинктеротомной раны или Вирсунгова протока, в результате чего возникали кровотечения или развивался острый панкреатит. У 9 больных с острым панкреатитом после медикаментозного лечения процесс был купирован, у 2 развился панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения. 2 больным с развившимся гнойным холангитом произвели назобилиарное дренирование с санацией желчных протоков.

Летальность составила 3,2% (5 больных).

**Выводы.** Для профилактики развития осложнений при многоэтапных вмешательствах целесообразно использовать S-образный дистальный стент холедоха на 2-4 дня, что позволяет предотвратить самостоятельное отхождение осколков конкрементов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Туровец М.И., Мандриков В.В., Герасимов М.В.

Кафедра факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета,  
Клиника №1 Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

Эндоскопические транспапилярные вмешательства, по мнению ряда исследователей, являются

«золотым стандартом» лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Но во-

прос безопасности этих вмешательств, в плане развития острого послеоперационного панкреатита, до сих пор остается до конца не решенным.

**Цель исследования.** Улучшение ближайших результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом путем оптимизации выбора метода анестезиологического пособия в периоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное открытое сплошное клиническое контролируемое сравнительное исследование. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) выполнили 112 больным с ПХЭС. В основную ( $n=54$ ) и контрольную ( $n=58$ ) группы включены все пациенты, находившиеся на обследовании и лечении в Клинике №1 ВолГМУ с января 2008 г. по март 2011 г., в возрасте от 21 до 86 лет, социально — защищенные, которым провели ЭТПВ с целью коррекции синдрома желчной гипертензии. У пациентов основной группы в качестве анестезиологического пособия применяли эпидуральную анальгезию, у больных контрольной группы — «традиционную» премедиацию с применением наркотических анальгетиков. Все пациенты обеих групп после ЭТПВ поступали в отделение реанимации для проведения продленной эпидуральной анальгезии в основной группе и традиционной противопанкреатической терапии в группе сравнения.

**Результаты.** Исследования показали, что при сопоставимости групп по возрасту, полу, основной

и сопутствующей патологиям, видам эндоскопического вмешательства, исходным биохимическим показателям крови, имеются статистически значимые различия по частоте развития острого послеоперационного панкреатита ( $p=0,04$ ) в группах.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы развитие острого панкреатита снизилось более чем в шесть раз по сравнению с показателями контрольной группы (1,8% против 12%).

Во время эндоскопического вмешательства больные не испытывали болевых ощущений, гемодинамические показатели были стабильны.

У пациентов с механической желтухой показатели билирубина нормализуются более динамично при применении эпидуральной анальгезии, чем без нее.

Летальность в контрольной группе составила 1,7% (1 случай), в основной группе летальных исходов не было.

В основной группе время пребывания в отделении реанимации и время госпитализации снизилось вдвое по сравнению с группой сравнения.

Осложнений, связанных с катетеризацией эпидурального пространства, не было.

**Заключение.** Опыт применения эпидуральной анальгезии при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом показал ее высокую эффективность как метода обезболивания и способа профилактики развития острого послеоперационного панкреатита.

## РАЗВИТИЕ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Усова Е.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Дисфункция сфинктера Одди развивается спустя несколько месяцев у 5-24% пациентов после выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При этом стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) имеет место в 0,5-4% случаев, холангит — в 7-10%. Гнойный холангит может повлечь за собой развитие билиарного сепсиса с последующим летальным исходом.

**Целью исследования** было улучшение результатов лечения пациентов с доброкачественной патологией БСДПК и терминального отдела холедоха путем оптимизации объема вмешательства на БСДПК.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 48 пациентов

с доброкачественной патологией БСДПК и терминального отдела холедоха, которым в период 2005-2008 гг. выполнили ЭПСТ. Средний возраст больных составил  $38,6 \pm 4,7$  лет. Мужчин было 10 (20,8%), женщин — 38 (79,2%). У всех пациентов присутствовал синдром механической желтухи, средняя продолжительность которого до момента госпитализации их в клинику составила  $12,8 \pm 3,4$  дней. Причинами билиарной обструкции у 48 пациентов были: холедохолитиаз — у 41 (85,4%), стеноз БСДПК — у 7 (14,6%).

ЭПСТ канюляционным методом выполнили у 31 (64,6%) пациента, неканюляционным — у 17 (35,4%). ЭПСТ сопровождалась литотрипсией у

23 (47,9%) больных, холедохолитозэкстракцией — у 32 (66,7%).

В лечении данной категории пациентов предпочтение отдавали минимизации рассечения сфинктера БСДПК: папиллотомию выполнили 16 (33,3%) больным, частичную папиллосфинктеротомию — 20 (41,7%), субтотальную папиллосфинктеротомию — 9 (18,7%), тотальную папиллосфинктеротомию — 3 (6,3%).

**Результаты.** Ранние осложнения после выполнения ЭПСТ развились у 5 (10,4%) пациентов в виде: транзиторной амилаземии — у 2 больных и кровотечения из папиллотомной раны — у 3. Данные осложнения ликвидировали консервативно. В отдаленные сроки (от 5 до 8 месяцев) после ЭПСТ

дисфункция сфинктера Одди развилась у 4 (8,3%) пациентов: в виде стеноза — БСДПК у 2 больных и хронического рецидивирующего холангита — у 2. Следует отметить, что данные осложнения развились у пациентов, которым выполнили тотальную или субтотальную папиллосфинктеротомию.

**Выводы.** Таким образом, разрушение аппарата сфинктера Одди влечет за собой развитие его дисфункции в отдаленные сроки после ЭПСТ. У пациентов молодого возраста отдавать предпочтение следует сфинктеросохраняющим вмешательствам на БСДПК. При невозможности избежать ЭПСТ у данной категории больных необходимо выполнять рассечение сфинктера Одди в минимально необходимом для вмешательства объеме.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМ И СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А.**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

Систематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у 91 больного. Повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии у 64 (70,2%) пациентов; во время лапароскопической холецистэктомии — у 22 (24,3%) пациентов; при выполнении эхинококкэктомии — у 3 (3,3%) больных и во время резекции желудка — у 2 (2,2%) пациентов.

Рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, МР-холангиография, фистулохолангиография, интраоперационная телехолангиография) позволили определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. Так, перевязку и прошивание гепатикохоледоха на уровне пузырного протока выявили у 35 (38,5%) больных, рубцовые стриктуры и дефекты гепатикохоледоха — у 51 (56,0%), в том числе у 28 (30,8%) имела место высокая стриктура различного типа.

Пассаж желчи в кишечник у 9 (9,9%) больных восстановили швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 82 (90,1%) пациентов выполнили различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз сформировали у 16 пациентов, гепатикодуоденоанастомоз — у 13, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру — у 22, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным Брауновским анастомозом — у 31. 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 (сменные дренажи) заменяли на другие.

В последние годы при проксимальных стриктурах применяли разработанный нами способ наложения гепатикоеюноанастомоза на металлическом каркасе (у 6 пациентов).

Наряду с механическими (пересечение, иссечение, клипирование) при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) всегда имеет место и термическое воздействие на стенку протока, который усложняет выполнение первичной восстановительной и реконструктивной операции. Связи с чем, у 3 пациентов при повреждении во время выполнения ЛХЭ произвели наружное дренирование гепатикохоледоха, а реконструктивный этап выполнили через 6 месяцев.

Различные послеоперационные осложнения выявили у 29 (31,9%) больных. Летальность составила 12,1% (11 пациентов). Причиной смерти были: несостоятельность швов анастомоза и перитонит (5), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (4) и истощение при дуоденальном свище (1).

Таким образом, выбор способа хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчевыведения основывается на результатах комплексного использования рентгеноконтрастных методов диагностики, уровня и протяженности поражения гепатикохоледоха. Факт выявления травмы желчных

путей является показанием к срочному переводу в специализированное отделение с целью радикального восстановления желчеоттока наложением билио-дигестивных анастомозов еще до развития тя-

желых осложнений. Наиболее хорошие результаты получены при наложении гепатикоюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

## МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Хахимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Маткулиев У.И., Хушвактов Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшить диагностику больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) путем применения на диагностическом этапе магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ).

**Материалы и методы.** В сравнительном аспекте проанализированы результаты диагностики 74 больных в возрасте от 46 до 72 лет, которым ранее выполнили холецистэктомию. В нашей клинике были оперированы 22 пациента, в других лечебных учреждениях — 52. Лапароскопическую холецистэктомию выполнили 41 больному, открытую холецистэктомию — 23 больным. Различные симультанные операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки выполнили в 10 наблюдениях. Этим пациентам выполнили резекцию желудка по Бильрот II.

МРХПГ проводили на аппарате «Signa HD», мощностью поля 1,5 Тс, натошак, в горизонтальном положении пациента в следующих импульсных последовательностях: T-2 coronar (T-2 fatsat) и dual echo (T1 infase outfase) в аксиальной проекции с последующей 3-D MRCP-реконструкцией.

При этом тщательно исследовали панкреатодуоденальную зону и забрюшинное пространство, с последующей 3-D реконструкцией билиарного дерева. Определяли расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, уровень блока, наличие кистозных образований печени, их связь с маг-

стральными желчными протоками.

**Результаты.** На диагностическом этапе применение МРХПГ позволило в точности установить уровень и характер поражения желчных протоков, своевременно провести ante- и ретроградные эндобилиарные вмешательства и открытые операции, что существенно улучшило результаты лечения.

В 44 случаях диагностировали микрохоledохолитиаз (этим больным успешно применили лито-, спазмолитическую и ферментную терапию). У 21 больного диагностировали стенозирующий папиллит (ликвидированный путем выполнения ЭПСТ). В 6 случаях обнаружили крупный «вклиненный» камень большого дуоденального сосочка (пациентам наложили чрескожную чреспеченочную холангиостому (ЧЧХС) с последующим выполнением холедохолитотомии). У 5 пациентов диагностировали рубцовую стриктуру гепатикохоledоха (после предварительной подготовки больным наложили различные виды билиодигестивных анастомозов). 10 пациентам, которым выполнили резекцию желудка, произвели ЧЧХС с последующим выполнением реконструктивных операций.

**Заключение.** Таким образом, результаты исследований показали высокую информативность МРХПГ, как в топической диагностике ПХЭС, так и для дальнейшего планирования лечебных мероприятий. Чувствительность МРХПГ составила 94,3%, специфичность — 100%.

## ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Коссе Д.М., Павлов К.И., Фоминов В.М.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования.** Оценить возможности фиброхолангиоскопии (ФХС) в диагностике острого холангита при постхолецистэктомическом холедохолитиазе (ПХХЛ) для улучшения результатов лечения.

**Материалы и методы.** За последние 8 лет в клинике лечились 107 больных холедохолитиазом, в анамнезе у которых была холецистэктомию (ХЭ). 102 пациента оперированы первично в других больницах, из них женщин было 70 и мужчин — 37,



средний возраст составил  $56,4 \pm 1,3$  лет. У 93 (87,3%) человек была желтуха, у 61 (57,2%) — холангит, у 12 (11,4%) — панкреатит, у 10 (10,7%) — стенозирующий папиллит. 48 больных с острым холангитом были в возрасте старше 60 лет и с высокой степенью операционного риска. Применили следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, фистулохолангиографию, фиброхолангиоскопию (ФХС), бактериологическое исследование желчи. Для ФХС использовали фиброхоледоскоп Olympus (Япония), наружный диаметр которого составляет 9,8F, рабочий канал — 3,6 F.

**Результаты.** Общеклинические лабораторные методы исследования у пациентов с острым холангитом были малотравматичными. Повышение лейкоцитов более 10000 отметили у 34% больных, сдвиг формулы крови — у 39%. Ультразвуковой метод исследования позволил диагностировать ПХХЛ у 62% больных, выявить расширение желчных протоков — у 74%, наличие вкраплений в желчном протоке — у 11%. ФХС выполняли через пузырный проток у 36 пациентов, у остальных — через раз-

рез в желчном протоке. ФХС начинали с ревизии дистального отдела холедоха, а затем осматривали проксимальные отделы гепатобилиарной системы. Признаками холангита явились отечность и гиперемия стенок желчных протоков, налеты фибрина, мутная желчь. Удаление конкремента проводили с помощью корзинки Dormia. При выраженных явлениях холангита операцию завершали дренированием через пузырный проток или по Керу. ФХС выполнили после лапароскопической холедохотомии с удалением конкремента у 25 пациентов, из них холедох дренировали по Керу — у 17, наложили глухой шов на холедохотомическое отверстие — у 8. Осложнений во время ФХС не отметили.

**Заключение.** Фиброхолангиоскопия дает возможность детального обследования дистальных и проксимальных отделов гепатобилиарной системы, что позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику лечения при ПХХЛ. ФХС можно использовать также с лечебной целью, брать биопсию. Лучшие результаты получены при ФХС с удалением конкрементов через пузырный проток. ФХС должна выполняться опытным специалистом в специализированном хирургическом отделении.

## РЕЦИДИВНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С.

Кафедра хирургических болезней медицинского факультета Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина

Развитие постхолецистэктмического синдрома (ПХЭС) снижает эффективность лечения желчекаменной болезни (ЖКБ). Проблема ПХЭС сохраняет свое значение в клинической хирургии и в настоящее время, несмотря на использование современных высокоэффективных методов диагностики и лечения ЖКБ. В структуре ПХЭС одну из ведущих позиций занимает рецидивный холедохолитиаз.

**Целью исследования** явилось определение путей своевременной диагностики рецидивного холедохолитиаза путем ретроспективного анализа клинических случаев, относящихся к данной патологии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 78 больных, поступивших с диагнозом ПХЭС. В процессе обследования у них было установлено наличие рецидивного холедохолитиаза. Мужчин было 24 (30,8%), женщин — 54 (69,2%). Средний возраст пациентов составил  $46 \pm 8,4$  лет. Срок после выполнения холецистэктомии в среднем составил  $5 \pm 2,4$  лет. Лапароскопическая холецистэктомия была в анамнезе у 69 (88,5%) па-

циентов, холецистэктомия путем лапаротомии — у 9 (11,5%). При поступлении клинические проявления механической желтухи имели место у 32 (41,1%) пациентов, симптомы острого холангита — у 13 (16,6%), субклиническая гипербилирубинемия — у 7 (9%), отсутствие клинических симптомов (диагноз холедохолитиаза установили при контрольном УЗИ и КТ) — у 26 (33,3%).

Диагностическая программа включала в себя выполнение клиничко-лабораторных методов исследования, ультразвукового исследования органов брюшной полости, компьютерной томографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Лечение проводили с использованием комплекса оперативных и инструментальных вмешательств, включающего эндоскопическую папиллосфинктеротомию с холедохолитотракцией и назобилиарным дренированием, холедохолитотрипсией, лапаротомию с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха.

**Результаты.** В результате проведенного исследования установили, что у пациентов при вы-

писке из клиники после перенесенной холецистэктомии имели место: расширение гепатикохоледоха, длинная культя пузырного протока, наличие мелких множественных конкрементов в желчном пузыре, хронического холангита и перипапиллярного дивертикула. В ряде случаев отмечено сочетание у одного больного нескольких из перечисленных выше факторов. У 33 (42,3%) пациентов без клинических проявлений холедохолитиаза отметили лучшие результаты лечения по всем показателям в сравнении с 45 (57,7%) пациентами, поступившими с явлениями механической желтухи и острого холангита. Средний койко-день у этих групп пациентов равен  $6 \pm 1,3$  против  $15 \pm 3,2$ . Послеоперационные осложнения — 3% против 13,3%. Транспапиллярные вмешательства у всех 33 пациентов без клинических проявлений холедохолитиаза позволили выполнить

поставленные лечебные задачи, в то время как у больных с желтухой и холангитом у 23 (51,1%) пациентов, кроме того, пришлось выполнить лапаротомию с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха.

**Заключение.** Таким образом, к группе риска развития рецидивного холедохолитиаза можно отнести пациентов с расширением гепатикохоледоха, наличием мелких множественных конкрементов, длинной культей пузырного протока, хроническим холангитом, перипапиллярным дивертикулом. Им показано проведение диспансерного наблюдения с ультразвуковым контролем состояния желчных протоков и биохимическим тестированием функции печени с целью активного выявления и лечения холедохолитиаза на доклинической стадии развития заболевания.

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Хлебникова Ю.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Ятрогенные стриктуры желчных протоков остаются одной из самых сложных проблем в хирургии желчных путей, требуют выполнения повторных операций, которые протекают на фоне механической желтухи, гнойного холангита, печеночной недостаточности, и как следствие, сопровождаются высокой летальностью — 13-25%. В особенном подходе нуждаются больные с сопутствующим хроническим описторхозом. Как известно, для описторхозной инвазии характерно развитие аденоматозно-склеротических изменений билиарного тракта, степень выраженности которых зависит от интенсивности и длительности описторхозной инвазии. Развивается картина не только внутрипеченочного, но и внепеченочного холестаза, с быстрым присоединением инфекции, развитием гнойного холангита, формированием стриктур в местах физиологических сужений: пузырного протока, дистального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС), реже — склерозирующего холангита. Имеющаяся описторхозная инвазия, особенно длительная и массивная, обуславливает более высокий процент осложнений и неудовлетворительных отдаленных результатов после операции.

**Цель исследования:** определить целесообразность и длительность наружного дренирования при возникновении посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков на фоне хронической описторхозной инвазии.

**Материалы и методы.** В хирургических отделениях Городской больницы №3, г. Томска в период с 1970 по 2010 гг. оперировано 56 больных с ятрогенной травмой внепеченочных желчных протоков. Описторхозная инвазия различной степени выраженности была выявлена у 19 (34%) больных. Посттравматические стриктуры возникли у 5 (26,3%) больных, страдающих хроническим описторхозом. Основными проявлениями описторхозной инвазии были перипортальный и перидуктальный фиброз, подкапсульные холангиоэктазы, продленные стриктуры дистального отдела холедоха и БДС с желчной гипертензией, гнойным холангитом и признаками хронической печеночной недостаточности.

**Результаты.** Больным с посттравматическими рубцовыми стриктурами желчных протоков выполнили реконструктивные операции: гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на транспеченочных дренажах (ТПД) по Сейполу-Куриану — в 4 случаях, 1 больной был выполнен ГЕА на потерянном дренаже. Рестриктура анастомоза возникла у 1 больного в результате раннего удаления ТПД (в срок менее 1 года), при повторной операции выполнили бужирование зоны анастомоза с повторным проведением дренажей по Сейполу-Куриану. Больная, у которой осуществили дренирование на потерянном дренаже, в дальнейшем неоднократно поступала в стационар с клиникой обострения хронического описторхозного холангита. Наличие транспеченочных дренажей

позволило ликвидировать желчную гипертензию, проводить санацию желчных протоков растворами антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры, а также специфическую антигельминтную терапию раствором йодиола, разработанную на кафедре (патент № 2007172, 1994 г.). Сроки стояния дренажей определяли индивидуально, они зависели от выраженности холангита и массивности описторхозной инвазии. Удаляли дренажи не менее чем через 1 год. Летальных исходов в этой группе

больных не было. Отмечены хорошие отдаленные результаты в сроки до 7 лет.

**Заключение.** Применение ТПД у больных с сопутствующим хроническим описторхозом значительно улучшает отдаленные результаты лечения посттравматических стриктур желчных протоков. Обязательным условием этого является длительное дренирование желчных протоков в течение 1-2 лет, антибактериальная и антигельминтная санация желчных протоков.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

**Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мелентьев А.А., Ветшев Ф.П.**

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

Несмотря на то, что техника выполнения холецистэктомии как из традиционного доступа, так и из лапароскопического, давно отработана, результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью нельзя назвать удовлетворительными. По различным источникам до 20% пациентов, перенесших удаление желчного пузыря, длительное время проходят обследование и лечение по поводу так называемого «постхолецистэктомического синдрома». Его проявления включают в себя: боли в животе различной интенсивности и локализации, изжогу, ощущение кислоты и горечи во рту, тошноту, неустойчивый стул. Причина более 80% неудовлетворительных результатов холецистэктомии не связана с самой операцией, а обусловлена наличием у больных сопутствующих заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, тем более, что сочетание этих двух нозологий выявляют в 30-35% случаев.

Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова имеет большой опыт в хирургическом лечении желчнокаменной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Проведенный ретроспективный анализ историй болезни пациентов после холецистэктомии позволил выявить сохраняющиеся жалобы в 30% наблюдений, связанные с рефлюкс-эзофагитом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, что совпадает с данными мировой литературы. За период с 2007 по 2010 гг. в УКБ №1 выполнено более 150 антирефлюксных операций у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, про-

являющихся рефлюкс-эзофагитом различной степени тяжести. Стоит отметить, что 20 пациентам ранее была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Анализ данных историй болезни показал, что жалобы пациентов на чувство горечи и кислоты во рту, отрыжку, изжогу, боли в верхних отделах живота, предписываемые проявлениям желчнокаменной болезни, на самом деле являлись симптомами рефлюкс-эзофагита на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и сохранялись после операции. Проведенное антирефлюксное вмешательство у этих больных позволило полностью купировать жалобы. Также 38 пациентам с желчнокаменной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы выполнили симультанные операции в объеме фундопликации в модификации А.Ф. Черноусова или гастропликации и холецистэктомии, как из лапароскопического, так и из лапаротомного доступа.

Таким образом, во время предоперационного обследования пациентов с желчнокаменной болезнью, необходимо тщательно изучить функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью выявления сопутствующих заболеваний. В случае обнаружения у пациента грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, необходимо выполнять одномоментно холецистэктомию и антирефлюксную операцию из лапароскопического или традиционного доступа. Тем более, что симультанная операция приводит лишь к незначительному увеличению продолжительности операции и не сопровождается повышением послеоперационной летальности и осложнений.

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СФИНКТЕРА ОДДИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Чернякевич С.А., Паньков А.Г., Бабкова И.В., Зубова Н.В., Чернякевич П.Л.

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
Городская клиническая больница №31, Москва, Россия

**Цель исследования:** на основании комплексного обследования больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) диагностировать характер функциональных нарушений сфинктера Одди (СО) для целенаправленного лечения.

**Материалы и методы.** Из 532 больных с ПХЭС, госпитализированных в последние 5 лет, применяя комплексное обследование (клинико-лабораторные данные; ультразвуковое исследование, в том числе и с пищевой нагрузкой; эндоскопическую панкреатикохолангиографию) у 62 исключили органическую патологию панкреатобилиарной системы. У 26 (4,9%) обследованных выполнили перфузионную эндоскопическую папиллосфинктерометрию, подтвердив диагноз функциональных нарушений сфинктера Одди.

**Результаты.** Нарушения работы сфинктера характеризовались у 7 больных папиллоспазмом, повышением давления в сфинктере до 600 мм рт. ст., которое снижалось после приема нитроглицерина. Гипермоторная дискинезия СО отмечена у 12 больных, в сочетании с тахиоддией — у 8. Изолированная тахиоддия была у 2 больных, еще у 2 имело место снижение амплитуды сокращения СО. Повышение давления в одном из отделов СО, не снижающееся после приема нитроглицерина, расценивали как его локальный стеноз.

**Заключение.** Достоверная диагностика функциональных нарушений СО возможна с применением манометрии сфинктера. Полученные данные имеют значение в дифференциальном подходе к лечению ПХЭС.

## ВИДЕОЭНДОСКОПИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Шабунин А.В., Розиков Ю.Ш., Коржева И.Ю., Бедин В.В., Чернов М.В., Лукин А.Ю.

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина,  
Кафедра хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии Российской медицинской академии  
последипломного образования, Москва, Россия

Стеноз терминального отдела холедоха и холедохолитиаз — частые причины развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Все большее распространение в диагностике и лечении данной группы больных приобретает видеоэндоскопия желчных протоков. В нашей клинике у больных с холедохолитиазом на фоне ПХЭС используется пероральная видеохолангиоскопия в комплексе с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и ретроградной холангиопанкреатографией (РХПГ).

За последние 5 лет в ГКБ им. С.П. Боткина находилось на лечении 138 больных с ПХЭС, причиной которого стали стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и холедохолитиаз. Провели анализ данных группы пациентов, в лечении которых применяли эндоскопические способы хирургического лечения. Заболевание проявлялось болями в верхних отделах живота (117 пациентов), рецидивирующим пожелтением кожи с эпизодами гипертермии (25 пациентов), механической желтухой в

момент госпитализации (18 пациентов) в сочетании с острым холангитом (7 пациентов).

Всем больным проведено УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны. У 32 больных диагностический комплекс дополнен магнитно-резонансной холангиопанкреатографией. Во всех случаях по данным лучевых методов исследования выявили дилатацию гепатикохоледоха до 10-22 мм. В 95 случаях диагностировали холедохолитиаз.

Вышеуказанные клинические проявления и данные инструментальных методов служили показанием к выполнению дуоденоскопии, ЭПСТ и РХПГ.

У всех пациентов при холангиографии выявили расширение гепатихоледоха до 12-22 мм. У 95 больных, у которых холедохолитиаз был диагностирован на дооперационном этапе, наличие конкрементов в гепатикохоледохе подтвердили при помощи РХПГ. В 18 случаях получили рентгенологическую картину холедохолитиаза, информации о котором до эндоскопического вмешательства не имели.



При наличии холедохолитиаза выполняли ретроградную литоэкстракцию с помощью корзинки Dormia. После чего через видеодуоденоскоп (VIF-R 160) и папиллотомическое отверстие в гепатикохоledoх проводили фиброхолангиоскоп (Olympus CHF-30) диаметром 4,3 мм с каналом для ирригации диаметром 1,2 мм. Из 113 пациентов после холедохолитозэкстракции с рентгенологическим контролем у 17 больных при холангиоскопии выявили 1-3 конкремента, которые удалили.

У 25 больных заболевание проявлялось стенозом терминального отдела холедоха, который купировали при помощи ЭПСТ. При РХПГ данных за холедохолитиаз не получили, однако, в 7 случаях при холангиоскопии в гепатикохоledoхе выявили замазкообразные массы, которые низвели в двенадцатиперстную кишку корзинкой Dormia.

У 33 пациентов на фоне рентгенологической картины аэрохолии (после выполнения ЭПСТ) по-

средством холангиоскопии удалось исключить наличие конкрементов в гепатикохоledoхе.

Осложнения, связанные с проведением эндоскопического вмешательства, возникли в 17 случаях: кровотечение из зоны папиллотомии — 13 больных (остановили коагуляцией и гемостатической терапией); острый панкреатит отмечен у 9 больных (купировали в течение 2-3 суток консервативно).

Отдаленные результаты лечения изучили у 97 пациентов в сроки от 3 месяцев до 5 лет — рецидива заболевания не отмечено.

**Заключение.** Считаем обязательным проведение видеодуоденоскопии желчных протоков в диагностике холедохолитиаза и стеноза БДС на фоне ПХЭС. Использование холангиоскопии позволяет значительно улучшить результаты лечения данной категории больных и нивелировать вероятность резидуального холедохолитиаза.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

**Шаповальянц С.Г.**

*Научнообразовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии  
российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова,  
Городская клиническая больница №31, Москва, Россия*

Термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) прочно укоренился в повседневной работе и широко используется в научной литературе. Вместе с тем, многие клиницисты считают это понятие малоудачным в силу неопределенности, поскольку оно не всегда отражает причины возникновения и сущность патологических процессов.

В настоящее время предложено множество классификаций, в которых обсуждаются функциональные и/или органические изменения органов панкреатобилиарной зоны, которые возникли или не были устранены во время операции. Для понимания сути патологического процесса и определения путей его коррекции следует придерживаться причинно-следственного подхода, позволяющего выделить следующие основные предпосылки развития ПХЭС:

— неустраненные факторы, нарушающие отток желчи и панкреатического секрета (конкременты, стеноз и доброкачественные опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), околососочковые дивертикулы, дискинезии сфинктера Одди и др.);

— возникшие заболевания в результате технических погрешностей во время операции (рубцовые послеоперационные стриктуры, стенозы билиодиге-

стивных анастомозов, оставленный фрагмент желчного пузыря и др.);

— возникшие функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря («выпадение» концентрационной и резервуарной функции, нарушения гастроинтестинальной гормональной регуляции, изменения внутрикишечного микробного пейзажа и т.д.).

Указанные факторы могут сочетаться в различных комбинациях, обуславливая преобладание тех или иных симптомов.

С учетом новых сведений и современных технических возможностей пришло время по новому взглянуть на вопросы прогнозирования, профилактики и лечения патологических состояний после холецистэктомии (ХЭ).

На основе многофакторного анализа доступных клинико-лабораторных и инструментальных данных созданы шкалы прогнозирования вероятной патологии желчевыводящих путей и обоснования дополнительного до- и интраоперационного обследования.

Появились новые данные о частоте встречаемости и значении микрохоledoхолитиаза, доброкачественных новообразований (БСДК), функциональных нарушениях сфинктера Одди, околососочковых дивертикулов и других факторов.

Указанные изменения требуют всесторонней оценки и подбора адекватного, нередко многоэтапного лечения — консервативного, малоинвазивного и хирургического.

После внедрения лапароскопической ХЭ эти вмешательства сейчас делают десятками и сотнями в самых различных по уровню оснащенности учреждениях. Однако, состояние больных не всегда адекватно оценивается до- и во время операции. Результаты вмешательств авторам нередко остаются неизвестными, а продолжающие страдать пациенты обращаются в другие лечебные учреждения.

В клинике ежегодно обследуется более 100 пациентов с различными жалобами, связанными, по их мнению, с перенесенной ХЭ. Используют современные лечебно-диагностические методы (ре-

троградные эндоскопические методики контрастирования и стентирования билиопанкреатического дерева, поляризационная микроскопия желчи, эндоскопическая папиллосфинктероманометрия, морфологическая оценка изменений папиллы, изучение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки и др.).

Опыт обследования и лечения подобных больных в течение последних 10 лет с применением современных инструментальных и рентгенологических методик позволил разработать рациональный алгоритм до- и интраоперационного обследования, направленный на снижение вероятности развития ПХЭС, а также определение причин и путей устранения уже возникшего послеоперационного патологического состояния.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПАПИЛОТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Стычневский Г.А., Шаталов С.Ю., Жулев С.А., Гецадзе Г.Н.  
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

**Цель исследования:** анализ тактики и результатов лечения больных желчно-каменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и патологией терминального отдела холедоха и фатерова сосочка.

**Материалы и методы.** В период 2008-2010 гг. наблюдали 224 больных желчно-каменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и/или стенозом большого дуоденального сосочка (БДС). Протокол обследования включал: лабораторные данные, УЗИ желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ФГДС с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БДС), по показаниям КТ. 152 больным выполнили ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ). Показаниями к РПХГ считали: наличие механической желтухи, рецидивирующего панкреатита, выявление при УЗИ холедохолитиаза и/или расширение холедоха более 8-9 мм. Холедохолитиаз выявили у 102 больных, папиллостеноз — у 89, сочетание их — у 33 пациентов.

**Результаты.** Эндоскопическую папиллотомию (ЭПТ) выполнили 135 пациентам. ЭПТ выполняли на протяжении не более 1,5 см. Удаление конкрементов из холедоха осуществляли с помощью корзинки Dormia. После РПХГ и ЭПТ в течение 3 суток назначали октреотид для профилактики панкреатита. При неудавшейся литоэкстракции во время первой попытки, возникновения кровоизлияния или гематомы в зоне БДС выполняли двух- и

трехэтапные вмешательства. ЭПТ с последующей литоэкстракцией способствовала купированию симптомов билиарной гипертензии в течение 3-4 суток. В дальнейшем большинству пациентов произвели лапароскопическую холецистэктомию. Только у ряда пациентов при наличии околопузырного инфильтрата производили открытую холецистэктомию, а у некоторых пациентов старшего возраста с тяжелой сопутствующей патологией ограничились эндоскопическим вмешательством. Сроки выполнения операции после ЭПТ колебались в пределах от 3-4 до 8-9 суток. ЭПТ не производили или она не удалась у 89 пациентов. Причиной этого явились: парапапиллярный дивертикул, крупные конкременты в холедохе, протяженный стеноз БДС и сложные анатомические особенности расположения БДС, резекция желудка в анамнезе. В этих случаях санацию желчевыводящих путей и коррекцию тока желчи производили открытым способом. Осложнения ЭПТ: перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки — у 2 пациентов, острый панкреатит — у 4. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Использование эндоскопической папиллотомии позволило в большинстве случаев устранить патологию желчевыводящих путей, произвести лапароскопическое вмешательство, снизить послеоперационную летальность, улучшить качество жизни пациентов.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С., Куликова Л.А., Сыдыгалиев Н.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

С 1990 по 2011 гг. были выполнено 158 реконструктивных и восстановительных операций на внепеченочных желчных протоках после их повреждений и воспалительных поражений, из них в 60% случаев (95 пациентов) с использованием никелид-титановых и нитиноловых стентов. Средний возраст больных составил 48,6 лет. Уровень повреждения (по Э.И. Гальперину): «+2» — 15; «+1» — 24; «0» — 27; «-1» — 13; «-2» — 12; «-3» — 4.

Непротяженные стриктуры были у 13 пациентов, протяженные — у 68, «свежие» повреждения — у 11, тубулярный стеноз общего желчного протока — у 3.

Больным произвели следующие вмешательства: билиодигестивный анастомоз на выключенной по Ру петле кишки на никелид-титановом стенте наложили 49 больным, (из них у 7 при «свежей» травме желчных протоков); холедохогепатикотомия с проведением стента через место сужения — 13; холедоходуоденоанастомоз на никелид-титановом стенте — 3; рентгеноэндобилиарное стентирование самораскрывающимися стентами с предварительной баллонной дилатацией выполнили 30 больным (из них 4 со «свежей» травмой протока), из них 8 — рентгеноэндобилиарное бифуркационное стентирование самораскрывающимися стентами.

Неудачи при вмешательствах были представлены следующим образом: в сроки от 2,5 до 3 лет отметили полную инкрустацию стентов желчными кислотами в 3 наблюдениях, ввиду чего выполнили удаление стентов и рестентирование; причиной непроходимости стента явилась блокирующая гранулема в проксимальном отделе стента в 2 наблюдениях, что также потребовало рестентирования; в 1 наблюдении при стриктуре произошла дислокация стента, вызвавшая непроходимость протока. Инкрустации были подвергнуты нитиноловые стенты с круглым сечением сверхэластичного элемента.

Стенты из никелида титана марки ТН-10 с плоскими эластичными элементами давления предупреждают прорезывание слизистой протока и гиперпролиферацию неослизистой на стенте. Рентгеноэндобилиарное пункционное стентирование протоков при стриктурах уровня «0» и «-1» одним стентом опасно из-за невозможности «прицеливания» верхнего края стента. В этих случаях предпочтительно бифуркационное стентирование.

Осложнения после операций стентирования возникли у 7 (11%) пациентов, летальный исход — у 2 (2,1%). Отдаленные результаты прослеженные от 1 года до 10 лет, признаны на момент исследования хорошими у 88,4%, удовлетворительными — у 8,4%, плохими — у 3,2%.

## ДЕФОРМАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Юрченко В.В.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан, Россия

Исследования деформации желчных протоков, как одного из механизмов постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), длительное время тормозилось отсутствием широкого клинического использования эндоскопической ретроградной холангиопанеркатографии (ЭРХПГ) (особенно в терапевтических отделениях) из-за высокого риска постинтервенционных осложнений. Не смотря на то, что мысль о деформации желчных протоков, как причине ПХЭС, высказана еще Кером, достоверного доказательства она не получила.

Вполне вероятным представляется предположение о нарушении пассажа желчи и патологическом усилении моторики желчных протоков, как одной

из причин ПХЭС. Обычно препятствия эвакуации желчи локализуются в дистальных отделах общего желчного протока, однако, и перегибы вышележащих отделов от 110° и менее способны вызвать нарушение пассажа желчи и дилатацию. Косвенное подтверждение этой гипотезы заключается в транзиторности болевого синдрома при погрешности в диете у пациентов с деформацией гепатикохоледоха и его корригируемости спазмолитиками. При органическом блоке на уровне фатерова сосочка болевые приступы носили бы более постоянный характер.

В настоящее время в связи с усовершенствованием технологии эндоскопической папиллотомии (ЭПТ) с диагностической целью, внедрением внутриампуляр-

ных ориентиров, ЭРХПГ как метод достаточно безопасен и вполне применим для диагностики деформации желчных протоков. Выявленная деформация гепатикохоледоха еще не говорит о нарушении пассажа желчи, как источнике болевого синдрома. Для подтверждения этой взаимосвязи автор при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) пациентам с деформацией магистральных желчных протоков дополнял их стентированием, независимо от уровня билирубина и степени холангиоэктазии, что в значительной мере устраняло деформацию и способствовало пассажу желчи.

Данные вмешательства выполнили 12 пациентам в возрасте от 38 до 57 лет с периодически (2-5 раза в неделю) беспокоящими болевыми приступами при пищевой нагрузке. У всех пациентов была деформация гепатикохоледоха с пограничной (8-9 мм) холангиоэктазией. Конкременты желчных

протоков и синдром длинной культы отсутствовали. Этим пациентам выполнили ЭПСТ с проведением эндопротеза до ворот печени. Полное купирование болевого синдрома отметили у 7 (58,3%) пациентов, частичное — у 3 (25%) пациента, в 2 (16,7%) наблюдениях убедительной положительной динамики не выявили и поиски иной патологии, способной объяснить клинику, не привели к успеху. Стенты были удалены в период от 10 до 32 месяцев в связи с инкрустацией их просвета. После удаления стентов активное наблюдение пациентов прекращали, но и их повторных обращений не отмечалось.

Таким образом, предположение Кера о деформации внепеченочных желчных протоков, как одном из источников ПХЭС, находит дополнительное обоснование и данная патология может корректироваться современными эндохирургическими методами.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИРОДЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Юрченко В.В.

*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан, Россия*

В настоящее время одной из наиболее обсуждаемых проблем является дисфункция сфинктера Одди, как одна из причин постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Однако, данная концепция содержит ряд несоответствий и противоречий, порождающих сомнения в существовании этой патологии и обоснованности ее дифференциально-диагностических критериев, а именно:

1) в ряде работ (Брискин Б.С.) поставлено под сомнение существование сфинктера Одди, результаты данных работ в полной мере согласуются с личным опытом (более 3500 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ) автора этих строк, никогда не наблюдавшим даже при длительных препаровках большого дуоденального сосочка (БДС) какой-либо «игры сфинктера», и хотя при проведении продолжительных манипуляций на нем периодически отмечаются порционные выбросы желчи, существенного увеличения просвета его канала (ампулы) при этом не наблюдается, а сами выбросы желчи вполне могут являться результатом моторики супратерминальных отделов общего желчного протока;

2) манометрия сфинктера Одди (Raddawi L.I. с соавт., Лаптев В.В. с соавт.), как метод не выдерживает серьезной критики — непонятно, каким образом при его проведении нивелировались погрешности, вызванные рвотными движениями и усиленной моторикой желчных протоков на фоне

инородного тела в их просвете, а также изменения давления, вызванного инсуфляцией воздуха (?), к тому же данный метод выполним только при ретроградном проведении инструмента в холедох, что выполнимо без предрасечения БДС в 50-70%;

3) если использовали неинвазивный метод (динамическая гепатобилио-сцинтиграфия (Лаптев В.В. с соавт.)), то каким образом работа сфинктера идентифицировалась и дифференцировалась с моторикой супратерминальных отделов гепатикохоледоха (?); 4) по данным автора только в 4,0% наблюдений холангиоэктазия не может быть объяснена органическими причинами — при макроскопическом осмотре ампулы БДС у 300 пациентов, перенесших ЭПСТ по поводу изолированного (без сопутствующего холедохолитиаза) его стеноза, последний в 288 (96,0%) наблюдениях был вызван внутриампулярными полипами на широком основании, при гистологическом исследовании которых структуру гиперпластического полипа выявили в 275 (95,49%) наблюдениях, аденоматозного — в 13 (4,51%) наблюдениях, и лишь у 12 (4,0%) пациентов холангиоэктазия сформировалась без видимых причин — внутриампулярных полипов не выявлено, о циркулярном стенозе также говорить было затруднительно ввиду свободного проведения инструментария в гепатикохоледох, а сам фатеров сосочек имел обычные форму, размеры и консистенцию.



Таким образом, дисфункция сфинктера Одди, как и его существование, требуют дальнейшего изучения за счет использования неинвазивных методов визуализации.

Автор этих строк в период освоения ЭРХПГ при невозможности ее выполнения у пациентов с удаленным желчным пузырем пытался применить метод контрастирования желчевыводительной системы с помощью внутривенного введения билигноста. При неспоставимой с ретроградным

контрастированием полноте заполнения желчных протоков метод позволял оценивать пассаж желчи, особенно при его задержке. В настоящее время, в связи с исчезновением этого препарата из фармацевтического оборота, продолжение исследований затруднительно, однако, клиническое использование рентгенологической неинвазивной визуализации желчных протоков, особенно с препаратами, провоцирующими болевой приступ, для оценки билиодинамики, представляется весьма перспективным.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

Юрченко В.В.

*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан, Россия*

Как известно, термин «постхолецистэктомический синдром» был введен в клинический оборот во времена недоступности высокоинформативных методов исследования органов области гепатодуоденальной связки. Дифференциальная диагностика и обоснование диагноза проводились преимущественно по клиническим симптомам. В настоящее время только эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является исключительной прерогативой стационарной диагностики, что позволяет применять термин «ПХЭС» преимущественно в качестве предварительного диагноза. Для обозначения рецидивного или резидуального холедохолитиаза ввиду широкого использования ультразвукового сканирования аббревиатура «ПХЭС» в качестве даже направительного диагноза мало приемлема.

Так как основные причины рецидивного и резидуального холедохолитиаза известны медицинской науке, интерес представляют случаи повторного выявления конкрементов желчных протоков после адекватных эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ) (с визуализацией просвета общего желчного протока из двенадцатиперстной кишки (ДПК) и их санации. Данные наблюдения (при уверенности в полной первичной санации за счет серийных снимков на современной рентгеноаппаратуре с высокой разрешающей способностью) достаточно редки: из 481 проведенных автором ЭПСТ по поводу холедохолитиаза необходимость в повторной ревизии желчных протоков в отдаленные сроки (более полугода) возникла в 25 (5,2%) наблюдениях (некоторая статистическая погрешность может присутствовать из-за повторного обращения

пациентов к другому врачу и выхода их из-под контроля исследователя).

Проведенное ретроспективное исследование повторных обращений пациентов показало, что в 19 (76,0%) наблюдениях из данных 25 рентгенологический контроль осуществлялся с дефектами и, вероятно, были пропущены конкременты, а в 6 (24,0%) наблюдениях причину рецидива холедохолитиаза определить не представилось возможным: эндоскопический инструментарий проходил по желчным протокам свободно, супратерминальные стенозы, дивертикулоподобные карманы и избыточно длинная культя пузырного протока не были выявлены, однако, не смотря на отсутствие застоя желчи холедохолитиаз рецидивировал. Объяснить данный феномен лишь выраженными литогенными свойствами желчи не представляется возможным, так как, в любом случае образование конкремента процесс достаточно длительный и конкремент самостоятельно бы мигрировал в ДПК через папиллотомическое соустье еще при его незначительных размерах. Во всех наблюдениях диаметр холедоха составил от 0,8 до 1,0 см при начале введения рентгенконтраста, до 1,8-2,5 см — при окончании его введения в положении пациента с приопущенным головным концом. В 5 (83,3%) случаях из 6 при наблюдении за эвакуацией рентгеноконтраста определяли незначительное гофрирование общего желчного протока между участками его деформации.

Таким образом, при выраженном снижении тонуса гепатикохоледоха в сочетании с его деформацией камнеобразование возможно даже при адекватном внутреннем дренировании.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛАНГИОЛИТИАЗА

Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Н.С. Перегуда

*Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина*

Резидуальный и рецидивный холангиолитиаз (ХЛ) являются одной из главных причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни. Проведен анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения 153 больных с резидуальным и рецидивным ХЛ, большинство из которых (86,27%) ранее оперированы в других лечебных учреждениях. Резидуальный ХЛ диагностировали в ближайшем послеоперационном периоде у 31,7% больных и у 43,3% больных — в течение 3 лет после холецистэктомии. Рецидивный ХЛ у 89,8% больных клинически проявлялся не ранее, чем через 4 года после операции. Основными клиническими проявлениями были боли в правом подреберье (89,5%) и желтуха (73,2%).

Основными методами диагностики резидуального и рецидивного ХЛ являются УЗИ и методы прямого контрастирования желчных протоков. Эффективность УЗИ при резидуальном и рецидивном ХЛ составила 98,04%, информативность — 98,67%, чувствительность — 62%. Эффективность прямых рентгеноконтрастных методов составила 97%, информативность — 96,89%, чувствительность — 93,98%.

Всем пациентам с резидуальным и рецидивным ХЛ проводили различные виды оперативных вмешательств. Контрольную группу (49 больных) составили больные с лапаротомными операциями, которым невозможно было провести эндоскопические вмешательства (перенесенные операции на желудке, крупные парапапиллярные дивертикулы), а так же при низкой прогнозируемой эффективности эндоскопического удаления конкрементов (крупные камни, множественный или внутривнутрипеченочный ХЛ). При выборе способа операции предпочтение отдавали операциям восстановительного типа. Так, у 12 (24,49%) больных холедохолитотомию (ХЛТ) завершали только наружным дренированием холедоха; 1 пациенту, при отсутствии холангита и воспалительных изменений в стенке протока операцию завершили «глухим» швом холедоха; 19 больным произвели трансдуоденальную

папиллосфинктеротомию. Реконструктивные операции в виде холедоходуоденоанастомоза выполнили 11 пациентам. При сочетании ХЛ со стриктурой гепатикохоледоха 3 больным наложили гепатико-еюноанастомоз. Эндоскопические транспиллярные вмешательства выполнили 104 больным основной группы, из них ЭПСТ — 94 (90,38%), эндоскопическую супрапапиллярную холедоходуоденостомию — 1 (0,96%), эндоскопическое назобилиарное дренирование — 15 (14,42%) больным. Холедохолитоэкстракция корзинкой Dormia была эффективной у 28 (26,92%) больных. Эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха с проведением дренажа выше конкрементов выполнили 5 (4,81%) больным пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. В этой группе у 72 (69%) пациентов эндоскопические транспиллярные вмешательства явились окончательным методом лечения. Остальным 32 (31%) больным после купирования явлений механической желтухи и холангита выполнили лапаротомные операции. Показанием к операции являлись конкременты больших размеров, в среднем —  $16,9 \pm 7,1$  мм. При этих состояниях использовали методику этапного подхода, первым этапом которого является предварительная ЭПСТ с назобилиарным дренированием для купирования явлений холангита и желтухи. Следующим этапом, обычно на 4-6 сутки, выполняется лапаротомная ХЛТ с «глухим» швом холедоха на том же назобилиарном дренаже. У 2 больных, при рецидивном ХЛ, по аналогичному принципу удалось успешно выполнить лапароскопическую холедохолитотомию с интракорпоральным швом холедоха на назобилиарном дренаже.

Таким образом, преимуществом этапного лечения осложненного ХЛ является возможность эндоскопическим методом купировать явления механической желтухи и холангита, сам назобилиарный дренаж позволяет выполнить «идеальную» ХЛТ, что уменьшает объем операции, частоту послеоперационных осложнений с 20,4% до 12,5% и достоверно сокращает послеоперационное пребывание больного в стационаре с  $16,1 \pm 1,2$  суток до  $11,3 \pm 0,5$ .

### III. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И НЕЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ЕЕ ПОРАЖЕНИЯХ

#### ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ

Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Скурлатов М.С.  
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Альвеококкоз — опасное паразитарное заболевание, поражающее печень. По характеру морфологических изменений, течению и прогнозу альвеококкоз близок к злокачественным опухолям печени (дает рецидивы после операций, метастазы в мозг и легкие и прорастает в окружающие ткани).

Единственным средством лечения является радикальная операция резекции печени с паразитарным узлом. К сожалению, несмотря на все достижения в диагностике и терапии, операбельность остается на уровне 20-40%.

В связи с этим возникает вопрос о целесообразности и возможностях повторных оперативных вмешательств после радикальных операций (при рецидивах) и после паллиативных и пробных вмешательств.

*Цель исследования:* анализ повторных операций при альвеококкозе печени в клинике кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета.

*Материалы и методы.* Повторные вмешательства при альвеококкозе выполнены 43 больным. Две трети из этих пациентов первично были оперированы в других лечебных учреждениях региона или в других областях. Число вмешательств у них составляло от одного до четырех.

*Результаты.* После резекций печени, при рецидивах заболевания, оперировано 5 пациентов. Всем им выполнены повторные резекции печени (ререзекции).

После паллиативных и пробных операций во время повторных вмешательств произвели радикальные резекции печени. Всего таких операций

сделано 15. Из 20 больных, которым осуществлены резекции печени (почти всегда большого объема), в послеоперационном периоде было три летальных исхода.

В случае неоперабельности при альвеококкозе, возможно проведение паллиативной резекции печени с оставлением минимальных участков паразитарной ткани на элементах ворот печени или нижней полой вене. При условии воздействия на паразитарную ткань паразитоцидными средствами такие операции по своим непосредственным и отдаленным результатам приближаются к радикальным вмешательствам.

После радикальных резекций печени больные практически остаются здоровыми в течение многих лет. После паллиативных резекций имеются наблюдения, когда пациенты оставались практически здоровыми более десяти лет.

В клинике для воздействия на паразитарную ткань, оставленную на элементах ворот, используют воздействие сверхнизкими температурами (криодеструкция), поскольку доказана гибель паразитарных элементов альвеококка при температурах ниже  $-80^{\circ}\text{C}$ .

Одному больному пришлось ограничиться кускованием паразита и криодеструкцией.

При механической желтухе и распространенном процессе, когда невозможны радикальная или паллиативная операции, произвели желчеотводящие операции или стентирование протоков.

*Заключение.* Анализ результатов лечения пациентов позволяет сделать вывод о возможности и целесообразности повторных вмешательств при альвеококкозе.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Саидилхомзода С., Табаров З.В.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан,  
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Улучшение качества жизни и повышение резектабельности местнораспространенной осложненной гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) путем использования двухэтапной хирургической тактики.

**Материалы и методы.** В исследование включены данные обследования и лечения 6 пациентов с местнораспространенной ГЦК, осложнившейся механической желтухой (билирубин крови во всех случаях более 150 мкмоль/л), проходивших лечение в период с 2003 по 2011 гг., которым выполнили двухэтапное хирургическое лечение. Мужчин было 5, женщин — 1, в возрасте 38-64 лет.

Стратегия двухэтапного хирургического лечения. В качестве первого этапа, ввиду сдавления гепатодуоденальной связки опухолью, выполняли ургентную интраоперационную реканализацию опухоли с наружным выведением желчи и перевязкой долевого ветви воротной вены, пораженной половины печени. Принятая позиция первого этапа преследовала цель раннего выведения больного из имеющейся печеночной недостаточности, исключение портального кровотока пораженной доли, в том числе и карциномы, профилактики системной диссеминации опухоли и компенсаторной гипертрофии, гиперфункции контралатеральной здоровой половины органа. Необходимо отметить, что тактическое решение этапного лечения местнораспространенного и осложненного рака печени, прежде всего, диктовалось чрезмерной тяжестью переносимости больным одноэтапного объема обширной резекции печени в объеме геми- или расширенной гемигепатэктомии, нередко с формированием билиодигестивного анастомоза. Сдерживающими факторами одноэтапной операции у данного контингента больных также считалось отсутствие возможности исключения из кровообращения сосудисто-секреторных структур пораженной доли в об-

ласти ворот, и вследствие этого развития массивной интраоперационной кровопотери, прогрессирующей печеночной недостаточности. По истечении 35-40 дней выполняли второй этап хирургического вмешательства. При этом, правостороннюю гемигепатэктомию (ПГГЭ) выполнили в 3 наблюдениях, ПГГЭ с резекцией гепатикохоледох и формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру — в 2, левостороннюю ГГЭ — в 1 случае. Таким образом, у больных, ожидаемая продолжительность жизни которых составляла в среднем 5-6 месяцев (максимум до 1 года), при проведении двухэтапного хирургического лечения, был достигнут приемлемый уровень выживаемости.

**Результаты.** Госпитальная летальность составила 0%. В послеоперационном периоде проявления умеренно выраженной дисфункции печени, выражавшиеся кратковременной билирубинемией не выше 50 мкмоль/л, отмечен у 2 больных — по одному наблюдению после ПГГЭ и ЛГГЭ. Послеоперационную печеночную недостаточность (энцефалопатия, желтуха, асцит) установили в 1 наблюдении, она была успешно скорректирована применением гепамерца, нутриформа и лазерным облучением крови. Безрецидивный период после 1 года составил 83,3%, после 2 лет — 66,6%, после 3-х лет — 50%. Выживаемость больных в течение 1 года составила 83,3%, 2-х лет — 66,6%, 3-х лет — 50%.

**Заключение.** Двухэтапная тактика хирургического лечения продлевает общую и безрецидивную выживаемость больных с первичной ГЦК осложненной механической желтухой. Резекция печени остается операцией выбора в лечении ГЦК и при вовлечении в опухолевый процесс внепеченочных желчных протоков, операция заканчивается формированием билиодигестивного анастомоза.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Саидилхомзода С., Табаров З.В.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан,  
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** показать возможности повторных резекций при первичном раке печени.

**Материалы и методы.** С 1993 года по май 2011 года на базе отделений хирургии печени и



поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ РТ и ГКБСМП г. Душанбе произвели 62 резекции печени по поводу первичного рака. Повторным оперативным вмешательствам в связи с рецидивом ракового поражения в культе печени было подвергнуто 11 больных, что составило 17,7%. Выявление рецидива в сроки от 1 месяца до 6 месяцев было в 3 (27,2%) случаях, в сроки от 6 месяцев до 1 года — в 2 (18,2%) наблюдениях, в 6 (54,5%) случаях — более 1 года. Локализация изолированной рецидивной опухоли в печени была представлена следующим образом: правая доля — у 4 (36,3%) больных, левая доля — в 3 (27,2%) случаях, метастатическое поражение лимфоузлов ворот печени в 4 случаях. Дооперационная цитологическая верификация установила гепатоцеллюлярный рак в 7 случаях, холангиоцеллюлярный — в 3, злокачественный карциноид — в 1.

Число рецидивных опухолевых узлов: солитарный — в 6 (54,5%) случаях, единичные — у 4 (36,3%) и множественные — в 1 (9,1%) наблюдении. Размеры опухолевых узлов при рецидивном поражении печени менее 5 см отмечены у 5 (45,4%) больных, от 5 до 10 см — в 6 (54,5%) наблюдениях.

По объему выполненные оперативные вмешательства разделены следующим образом: гемигепатэктомия — 3, бисегментэктомия — 4. У 4 больных после резекции печени по поводу гепатоцеллюлярного рака в период от 3 до 12 лет выявили

метастазы в лимфатические узлы ворот печени, в связи с чем произвели повторные операции в объеме лимфодиссекции, причем 2 из 5 пациентов повторную операцию пришлось дополнить выполнением дистальной резекции желудка. Данный объем вмешательства был обусловлен метастатическим поражением антрального отдела желудка.

**Результаты.** Интраоперационная кровопотеря при первой операции на печени в среднем составила 1377,9 мл (от 700 до 4600 мл), а при повторных в среднем 1682,3 мл (от 600 до 6400 мл).

После повторных операций различные осложнения наблюдали в 42,6%. Госпитальная летальность составила 0%. В течение года после повторных резекций печени живы 90% больных, 3 лет — 63,6% больных и 5-ти летняя выживаемость составила 27,2% (медиана составила 43 месяца).

**Заключение.** Повторные резекции при рецидивном опухолевом поражении культи печени являются обязательными оперативными вмешательствами. Интраоперационная кровопотеря, частота послеоперационных осложнений, непосредственные и отдаленные результаты позволяют отметить, что при раннем выполнении оперативных вмешательств можно достичь хороших результатов по проблеме улучшения качества жизни у данного контингента больных. При этом резекция печени на границе здоровой паренхимы (R<sub>0</sub>) остается методом выбора при рецидивах первичного рака в культи печени.

## ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Веденин Ю.И., Алейникова Е.С.  
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

На современном этапе диапневтика с использованием УЗИ, лапароскопия и рентгеноваскулярные вмешательства нашли широкое применение в лечении пациентов с очаговыми заболеваниями печени. Вместе с тем показания к использованию данных методов у больных с абсцессами печени не достаточно унифицированы.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с абсцессами печени за счет сочетанного использования пункционного и пункционно-дренажного методов УЗ-диапневтики, лапароскопии и селективной внутриартериальной антибактериальной терапии.

**Материалы и методы.** В клинике факультетской хирургии ВолГМУ с 2004 по 2011 г. находились на лечении 68 пациентов с абсцессами печени. Мужчин было 57 (83,8%), женщин — 11 (16,2%). Средний возраст больных — 52,8±4,7 лет.

Холангиогенные абсцессы диагностировали у 20 (29,4%) больных, амебные — у 14 (20,6%), пилефлебические — у 12 (17,6%), после эхинококэктомии — у 10 (14,8%) пациентов. Абсцессы печени неуточненной этиологии были выявлены у 12 (17,6%) больных.

У 43 (63,2%) больных с помощью УЗИ и КТ органов брюшной полости диагностировали солитарные абсцессы правой доли печени, у 16 (23,5%) — левой доли. У 9 (13,3%) пациентов выявили множественные абсцессы в обеих долях печени размерами от 40 до 80 мм.

Хирургическое лечение начинали с пункции абсцесса под УЗ-наведением с последующим бактериологическим исследованием пунктата.

УЗ-контролируемые пункции явились окончательным методом лечения у 38 (55,9%) пациентов. В 44,7% (n=17) наблюдений пункции выполнили

однократно, 55,3% (n=21) больным потребовалось от 2 до 5 пункций.

При неэффективности пункционного метода у 13 (19,1%) больных с солитарными абсцессами печени использовали пункционно-дренирующий метод.

Лапароскопическое вскрытие и дренирование гнойного очага выполнили 17 (25,0%) больным при сохранении ультразвуковой картины абсцесса печени при неэффективности пункционного метода. После эвакуации содержимого полость абсцесса обрабатывали аргонплазменным коагулятором.

Внедрение в практику рентгеноинтервенционных методов позволило дополнить комплексное лечение абсцессов печени у 11 (16,2%) пациентов селективной внутриартериальной антибактериальной терапией. Для этого выполняли катетеризацию ветвей печеночной артерии с последующим

круглосуточным регионарным введением антибактериальных препаратов с учетом предварительно проведенного бактериального исследования материала, полученного при УЗИ-пункции гнойного очага печени. Длительность курса селективной антибактериальной терапии составила  $6,1 \pm 2,8$  суток.

**Результаты.** Во всех наблюдениях при лечении достигли положительного эффекта. Средняя продолжительность госпитализации составила  $12 \pm 3,1$  койко-дней. Летальных исходов не было. При контрольном УЗИ через 1 месяц после выписки объемных жидкостных образований печени не выявили.

**Выводы.** Сочетанное применение чрескожных эхоконтролируемых вмешательств, лапароскопии и регионарной внутриартериальной антибактериальной терапии позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с абсцессами печени.

## О ВОЗМОЖНОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ

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

Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

**Цель исследования.** Выявить характер и причины повторных операций при альвеококкозе печени.

**Материалы и методы.** С 2005 по 2010 гг. оперировано 124 больных с паразитарными поражениями печени, из них с альвеококкозом — 85 (68,5%), с эхинококкозом — 39 (31,5%).

**Результаты.** Повторно оперировано 13 (10,5%) пациентов с альвеококкозом печени. В связи с продолженным ростом паразита 5 (38,5%) пациентам с поражением ворот печени выполняли кускование паразитарного узла, 3 (23%) пациентам — левостороннюю гемигепатэктомию. В связи с рецидивом альвеококкоза 3 (23%) пациентам выполнили атипичную резекцию печени. У 1 (7,7%) больного с тотальным поражением оставшейся ча-

сти печени с вовлечением ее ворот и механической желтухой выполнили наружное дренирование внутрипеченочных желчных протоков. У 1 пациента запланировали и выполнили двухмоментную резекцию печени (сначала — левостороннюю гемигепатэктомию, через 3 месяца — резекцию сегментов правой половины печени). Применение у данных пациентов альбендазола по схеме 800 мг/сут в течение 4 недель по 3 — 6 курсов способствовало уменьшению размеров паразита и обеспечивало возможность выполнения радикальной операции.

**Выводы.** Причиной повторных операций в большинстве случаев был продолженный рост паразита. Применение альбендазола повышало радикальность повторных операций при альвеококкозе.

## ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ ПРИ РЕЦИДИВАХ ЭХИНОКОККОЗА

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Попов А.В., Маланка М.И., Абдоков А.Д., Хушвактов У.Ш.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

**Цель исследования.** Характеристика особенностей повторных операций на печени при рецидивах эхинококкоза печени с прежней органной локализацией паразитарных кист.

**Материалы и методы.** Анализирован опыт лечения 346 больных рецидивным эхинококкозом, из

которых 187 (54%) были оперированы по поводу рецидивного эхинококкоза печени и других органов брюшной полости. Произвели 242 повторные и этапные операции.

**Результаты.** В отличие от первых оперативных вмешательств у больных первичным эхинокок-

козом печени, при рецидивах эхинококкоза печени чаще использовали верхнесрединную лапаротомию (9,6% и 26,2% соответственно), торакофренолапаротомию (11,7% и 25,8%) и очень редко доступ по Кохеру-Федорову (75,3% и 3,1% соответственно). При лапаротомии у 83,4% больных обнаружили мертвые или осложненные кисты, при первичном эхинококкозе их частота составляла не более 33,8%. Характер и объем оперативных вмешательств при повторных операциях также имеет свои особенности: чаще производили закрытую эхинококкэктомию по О.Б. Милонову (13% и 8,4% соответственно), реже — открытую (82,0% и 87,6%) и сочетанную эхинококкэктомию (2,5% и 4%). При повторных операциях после эхинококкэктомии из печени реже удается полностью ликвидировать остаточные полости каптонажем, инвагинацией и/или аплатизацией — в 55% и 98,1% соответственно. Чаще применяется вынужденное наружное дренирование остаточных полостей (45%), в то время как при первичном эхинококкозе наружное дренирование остаточных полостей производили только у 1,4%

и марсупилизацию — у 0,5% оперированных. Течение послеоперационного периода после повторных операций на печени осложнилось у 27,6% оперированных, а при первичном эхинококкозе их частота не превышала 13,3%. Послеоперационная летальность составила 4%, в контрольной группе летальных исходов не было.

**Заключение.** При рецидивном эхинококкозе печени используются те же хирургические пособия, что и при первичном эхинококкозе, но технически они намного сложнее из-за ранее перенесенных операций и вызванных ими морфологических и топографических изменений в зоне первого вмешательства, частых гнойных и иных осложнений со стороны остаточных полостей или рецидивных кист, множественности или сочетанности поражения. Повторные операции на печени при рецидивном эхинококкозе, выполненные с применением современных технологий — высокотемпературного плазменного потока, аргонной электрокоагуляции, ультразвукового скальпеля, дают лучшие непосредственные и отдаленные результаты.

## БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

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

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

**Актуальность.** Резекция печени остается ведущим методом лечения, обеспечивающим лучшие отдаленные результаты у больных злокачественным опухолями. Продолжает обсуждаться роль и место наиболее сложных в техническом исполнении повторных резекций печени при первичном и метастатическом раке печени.

**Цель исследования.** Оценить ближайшие результаты повторных резекций печени при метастатическом колоректальном раке печени.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты лечения 141 больного метастатическим колоректальным раком печени, оперированных с 2000 по 2009 гг. Смертность в течение 30 дней после операции составила 6%. Повторные резекции печени выполнили 36 больным, из них повторные большие резекции — 4 больным, трехкратные вмешательства — 4 больным. Сравнение провели между группой повторных резекций и пациентами, перенесшими однократные вмешательства.

**Результаты.** Госпитальная летальность после повторных и однократных резекций печени составила 8,5% и 6,4% соответственно ( $p=0,670$ ). Частота интраоперационной кровопотери более 1 литра не отличалась при первичных и повторных резекциях печени ( $p=0,703$ ) и составила 66% и 69% соответственно. Частота II-III степени осложнений по Клавьеу после повторных и однократных вмешательств составила 38,7% и 45,5% соответственно ( $p=0,994$ ). Частота билиарных осложнений после повторных и однократных резекций печени составила 23% и 19% соответственно ( $p=0,602$ ). Частота острой печеночной недостаточности после повторных и однократных резекций печени составила 6,5% и 14,0% соответственно ( $p=0,233$ ).

**Заклучение.** Повторные резекции печени при метастатическом колоректальном раке не являются более травматичными по сравнению с однократными резекциями печени.

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

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

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

**Цель исследования.** Оценить радикальность сегментарных и обширных резекций печени у больных метастазами колоректального рака в печень.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты лечения 141 больного метастатическим колоректальным раком печени, оперированного с 2000 по 2009 гг. Отдаленные результаты прослежены у 116 (88%) больных: после сегментарных резекций печени — у 68 больных, после обширных резекций — 48. Повторные резекции печени выполнили 36 больным, из них повторные большие резекции — 4, а трехкратные вмешательства — 4 больных. Выживаемость больных, перенесших повторные резекции печени, рассчитывали с момента первого хирургического вмешательства. Сроки наблюдения пациентов после повторных операций составили от 12 до 92 мес. Сравнительную оценку выживаемости проводили по Каплану-Майеру. Изучено влияние на выживаемость 22 различных факторов с использованием регрессионной модели Кокса в одно- и многофакторном анализе.

**Результаты.** Медиана выживаемости после повторных резекций составила 40 месяцев, трех-, пяти- и семилетняя выживаемость — 55%, 44%, 24% соответственно. Прогностически значимыми факторами, оказавшими влияние на выживаемость согласно оценке по Каплану-Майеру, были: 1) множественные метастазы; 2) размер метастазов более 7 см; 3) срок выполнения повторного вмешательства ранее, чем через 12 месяцев после первичной резекции печени; 3) интраоперационная кровопотеря более 1 л. Влияние химиотерапии приближалось к достоверному ( $p=0,09$ ). Однофакторный регрессионный анализ подтвердил влияние на выживаемость 1-го и 2-го факторов. Влияние срока выполнения повторной резекции приближалось к достоверному ( $p=0,09$ ). Согласно многофакторному регрессионному анализу только размер метастазов более 70 мм влиял на выживаемость.

**Заключение.** Учет прогностически значимых факторов целесообразен в определении лечебной тактики у больных с рецидивом метастазов колоректального рака в печень.

## ПОВТОРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Игнатюк В.Г., Гусейнов Э.К.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В 1994–2011 гг. резекции печени выполнены 211 больным, у 160 (75%) — по поводу злокачественных опухолей. 14 (8,7%) больным выполнили повторные вмешательства на печени: у 11 — две, у 3 — три операции. Метастазы (mts) колоректального рака были у 11 больных (1 группа), другие злокачественные поражения (2 группа) — у 3: злокачественная гистиоцитома, первичный холангиоцеллюлярный рак, mts рака подчелюстной железы.

1 группа. Первая операция на печени произведена через 2–72 месяцев ( $25 \pm 9$ ) после удаления первичной опухоли. Билобарное поражение отмечено у 3 больных, множественные узлы (более 3) — у 6 больных. Анатомическая резекция выполнена 2 больным (левосторонняя кавальная резекция (ЛКР), ЛКР + атипичная резекция двух сегментов правой доли). Атипичные резекции (два-три сегмента) произведены 8 больным. У 1 больной ввиду распространенной опухоли правой доли и ма-

лых размеров левой ограничили эксплоративной лапаротомией с последующим проведением до резекции 3 курсов регионарной ХЭПА (FOLFOX + липиодол). 1 больной одновременно с атипичной резекцией произведена перевязка правой ветви воротной вены. Вторая операция по поводу рецидива выполнена в сроки от 3 до 42 месяцев ( $12 \pm 4$ ) после первой. У 4 больных произведены анатомические резекции: расширенная ППГЭ — у 3 (у 1 больной сочеталась с атипичной резекцией 2 сегмента печени, у 1 — с резекцией 1 сегмента), ППГЭ — у 1. Умерли 2 больных (ТЭЛА, ПОН). Атипичные резекции (два-три сегмента) выполнены у 7 больных. 4 больным во время операции вводили доксорубицин или оксалиплатин в сосуды печени селективно-окклюзионным способом (патент РФ, США), 7 больным проводили регионарную адьювантную химиотерапию (от 2 до 10 курсов). Третья операция — атипичная резекция выполне-



на 1 больной через 6 мес. после второй операции. Медиана выживаемости у больных 1 группы больных составила 30 месяцев, 8 из 9 больных прожили более двух лет после первой операции на печени, 5 — более четырёх лет, 1 живет более десяти лет.

2 группа. Первая операция у 2 больных выполнена в объеме ПГГЭ (первичный холангиоцеллюлярный рак, mts рака подчелюстной железы), у 1 (злокачественная гистиоцитома) — атипичной резекции двух сегментов правой доли. Вторая операция произведена, соответственно, через 16, 14 и 4 месяцев после первой. Произведены резекция общего печеночного протока с формированием билиодигестивного анастомоза на дренаже-каркасе

(холангиоцеллюлярный рак) и атипичные резекции печени (одного и двух сегментов). Больной с гистиоцитомой умер через 24 мес. Третья операция выполнена 2 больным: в связи с дислокацией транспеченочного дренажа через 8 месяцев после второй операции произведена реканализация опухоли протоков левой доли печени, у больной с mts подчелюстной железы — атипичная резекция печени. Больные живы 32 и 36 месяцев после первой операции.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о возможности использования повторных операций в комбинированном лечении больных злокачественным поражением печени.

## ТРЕХМЕРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Глухов А.А., Новомлинский В.В., Чвикалов Е.С., Соколов А.П., Остроушко А.П.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности применения трехмерной реконструкции ультразвукового изображения у больных с метастатическим поражением печени.

**Материалы и методы.** Исследования проведены в НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1» ОАО «РЖД». Ультразвуковое исследование осуществляли с помощью сканера «ProFocus» (B&K Medical, Дания). У всех пациентов проводили морфологическую верификацию новообразований печени с использованием прицельной пункционной биопсии. Биопсию выполняли с применением биопсийного пистолета «Magnum» и биопсийных игл различного диаметра (14-18G).

Топографо-анатомические условия проведения пункционных вмешательств при очаговых образованиях печени отличаются значительным многообразием, что, в ряде случаев создает значительные сложности при выполнении тонкоигольных вмешательств. Двухмерная ультразвуковая визуализация зоны распада опухолевого образования печени нередко трудноотличима от зон интенсивного роста опухоли, имеющих гипо- или даже анэхогенный вид. Гипоэхогенная зона на периферии опухолевого образования при последующем морфологическом исследовании может оказаться областью воспалительной инфильтрации без признаков злокачественного роста. Основными задачами трехмерной реконструкции солидных новообразований печени считаем

следующие: детализацию структуры образования с выявлением участков тканевого распада; выявление зон повышенной васкуляризации; определение особенностей расположения образования по отношению к окружающим структурам паренхимы печени.

**Результаты.** Трехмерная реконструкция патологических очагов печени была выполнена у 95 больных. В 85,3% (81 больной) наблюдений получены достоверные морфологические данные о наличии метастатического поражения печени; в 10,5% (10 пациентов) случаев данные морфологических исследований свидетельствовали о наличии в материале признаков злокачественного процесса без дополнительной детализации и в 4,2% (4 больных) пунктат был не информативен (содержал элементы распада). При планировании пункционного доступа для проведения радиочастотной деструкции метастатических очагов печени 3D-реконструкция была использована у 38 больных. Осложнений, связанных с проведением указанных вмешательств не было ни в одном случае. В 9 наблюдениях без применения трехмерной реконструкции выполнение вмешательства сопровождалось бы значительными техническими сложностями и повышенным риском пункционных осложнений.

**Выводы.** Применение 3D-реконструкции ультразвукового изображения позволяет повысить безопасность и эффективность лечебно-диагностических малоинвазивных манипуляций у больных с метастатическим поражением печени.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

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

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

**Актуальность.** Резекция печени остается ведущим методом лечения, обеспечивающим лучшие отдаленные результаты у больных со злокачественным опухолями. Роль и место наиболее сложных в техническом исполнении повторных резекций печени при первичном и метастатическом раке печени в настоящее время продолжает обсуждаться.

**Цель исследования.** Оценить отдаленные результаты повторных резекций печени при метастатическом колоректальном раке печени.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты лечения 141 больного метастатическим колоректальным раком печени, находившихся на лечении в Институте в период с 2000 по 2009 гг. Смертность в течение 30 дней после операции составила 6%. Отдаленные результаты прослежены у 116 (88%) больных: у 68 больных, перенесших сегментарные резекции печени, и у 48, перенесших обширные резекции печени. Повторные резекции печени выполнили 36 больным, из них большие повторные — в 4 случаях. Трехкратные вмешательства перенесли 4 больных. Из повторно оперированных больных химиотерапевтическое лечение получили 68%, из больных, перенесших однократные резекции печени — 48%. Современные цитостатики (оксалиплатин, иринотекан) получили 33% больных, перенесших повторные резекции печени и 17% больных, оперированных однократно. Сравнение провели между группой повторных резекций и пациен-

тами, перенесшими однократные вмешательства. Выживаемость больных, перенесших повторные резекции печени, рассчитывали с момента первого хирургического вмешательства. Сроки наблюдения пациентов после повторных операций составили от 12 до 92 мес. Сравнительную оценку выживаемости проводили по Каплану-Майеру.

**Результаты.** Медиана выживаемости после повторных резекций составила 40 месяцев, трех-, пяти- и семилетняя выживаемость составила 55%, 44%, 24% соответственно. В группе сравнения (однократные резекции) аналогичные показатели составили: 32 месяца, 45%, 31% и 22%. При сравнении отдаленных результатов однократных и повторных резекций печени достоверных отличий выживаемости выявлено не было, но разница имела тенденцию к достоверной ( $p=0,09$ ). 5-летняя выживаемость больных, получивших химиотерапию в группе повторно оперированных больных, составила 47%, без химиотерапии — 30%. Аналогичные показатели в группе однократно оперированных больных составили 29% и 31%.

**Заключение.** Повторные резекции печени при метастатическом колоректальном раке позволяют улучшить выживаемость, в том числе по сравнению с однократными резекциями печени. Периоперационная химиотерапия в сочетании с повторными резекциями печени существенно улучшает отдаленные результаты лечения.

## ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Боровский С.П., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучить эффективность эндоваскулярных вмешательств в лечении злокачественных опухолей печени в зависимости от особенностей их кровоснабжения.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 126 больных первичным и метастатическим раком печени.

Лечебный алгоритм при опухолях печени заключался в следующем. При операбельных опухолях проводили химиоэмболизацию печеночной артерии с эмболизацией ветвей воротной вены с последующим выполнением радикальных опера-

ций. При неоперабельных опухолях тактика зависела от ангиографической картины — при гиперваскулярных образованиях выполняли химиоэмболизацию печеночной артерии, а при гиповаскулярных — химиоинфузию.

В 7 (5,6%) случаях ситуация была расценена как резектабельная — произвели гемигепатэктомию. При этом у 5 больных с опухолями печени предварительно произвели химиоэмболизацию правой ветви печеночной артерии с целью уменьшения объема опухоли. В двух случаях осуществили эндоваскулярную окклюзию секторальных сосудов ле-

вой и правой ветвей воротной вены в соответствии с локализацией опухоли.

В нерезектабельных случаях применяли эндоваскулярные методы лечения. При этом объем вмешательств определялся степенью васкуляризации образования и длительностью задержки контрастного вещества в паренхиматозной фазе. Так, злокачественные образования печени были гиперваскулярными в 76 (63,9%) наблюдениях. При этом, выраженная патологическая гиперваскуляризация была характерна для гепатоцеллюлярного рака. В этих случаях производили химиоэмболизацию печеночной артерии. Умеренная васкуляризация и гиповаскуляризация была обнаружена у 43 (36,1%) больных. Она была характерна для холангиокарциномы и метастазов колоректального рака в печень. В этих случаях осуществили химиоинфузию в печеночную артерию или воротную вену.

**Результаты.** Результат эндоваскулярных вмешательств оценивали согласно рекомендациям ВОЗ (1978) через 25-30 сут. после окончания терапии: полный ответ — исчезновение признаков опухоли в течение 1 мес. или более; частичная регрессия —

уменьшение размера опухоли более чем на 50% от первоначального объема; стабилизация — менее выраженное уменьшение или отсутствие увеличения новообразования; прогрессирование — увеличение размеров опухоли или появление новых злокачественных узлов в печени или других органах.

При химиоэмболизации полный ответ не наблюдали ни у одного пациента, частичная регрессия была достигнута в 66,2% случаев, стабилизация — у 28,4% больных. Продолжительность жизни составила, в среднем,  $18,5 \pm 6,1$  мес. Химиоинфузия уступает по эффективности масляной эмболизации. Так, частичный клинический эффект достигнут в 25,6%, стабилизация — у 39,5% больных, соответственно. Продолжительность жизни составила, в среднем,  $8,7 \pm 2,7$  мес.

**Заключение.** Рентгеноэндоваскулярные вмешательства играют важную роль в лечении злокачественных опухолей печени. Комбинированный подход к лечению злокачественных новообразований позволяет расширить возможности оказания помощи больным и добиться улучшения отдаленных результатов.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ЕЁ ПОРАЖЕНИЯХ

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

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

**Цель исследования:** улучшить непосредственные результаты лечения, выявить специфические осложнения при повторных операциях на печени.

**Материалы и методы.** За 10 лет на базе специализированного хирургического отделения пролечено 186 пациентов с очаговыми поражениями печени. Доброкачественные опухоли и кисты выявлены у 130 пациентов, злокачественные новообразования — у 56 больных. Оперировано 106 женщин и 80 мужчин, в возрасте от 22 до 76 лет. Выполнены следующие оперативные вмешательства: резекции печени — 87, перидистэктомии — 18, эхинококкэктомии — 38, в том числе 7 видеолапароскопических, РЧА метастатических очагов — 24. Большие и обширные резекции печени (56% пациентов) выполняли при первичном и метастатическом опухолевом поражении. Сегментэктомии (26%) произвели у пациентов с доброкачественными опухолями и с одиночными метастазами колоректального рака при соблюдении границы резекции более 1,5 см от края опухоли. Неанатомические резекции (18%) выполняли у пациентов с паразитарными кистами и при поликистозе органа, а также, при вынужденной перипухолевой Nabib-резекции (12 пациентов). У 24

пациентов (5 из них были оперированы ранее в других ЛПУ округа) выявлены осложнения, потребовавшие срочных оперативных вмешательств.

**Результаты.** Повторные вмешательства на печени выполнили 14 (7,5%) пациентам: при доброкачественных опухолях, множественных абсцессах и паразитарном поражении — 8 пациентам, при злокачественных новообразованиях — 6 больным. Оперативные вмешательства были представлены следующим образом: анатомические резекции (в 2 случаях по срочным показаниям ввиду кровотечения из неудаленной опухоли с распадом) — 7, неанатомические резекции — 3, в 1 случае — с перидистэктомией, РЧА при выявлении метастазов колоректального рака у пациентов, ранее перенесших резекции печени — 4. Во время вмешательств применяли современные технологии гемобилиостаза, предупреждения и своевременного восполнения кровопотери, обязательное дренирование билиарной системы при больших и обширных резекциях печени, профилактику инфекционных и тромбоэмболических осложнений.

Специфические осложнения в послеоперационном периоде у пациентов с повторными вмешательствами на печени имели место в 3 (21,4%)

случаях: желчный свищ после перидистэктомии нагноившейся кисты IV сегмента печени закрылся самостоятельно на 23-е сутки; острая печеночная недостаточность при обширной резекции печени на фоне множественных абсцессов правой доли печени купирована с использованием экстракорпоральных методов детоксикации; поддиафрагмальный абсцесс у пациента после правосторонней гемигепатэктомии санирован пункционно-дренажным методом под ультразвуковым контролем. Летальных исходов не было.

**Выводы.** 1. Перспективы улучшения результатов лечения при хирургических осложнениях очаговых

поражений печени напрямую связаны с возможностью концентрации больных в специализированных учреждениях, располагающих необходимым оснащением и кадровым составом. 2. Использование современных технологий гемобилиостаза, восполнения кровопотери, адекватное дренирование билиарной системы значительно снижают количество осложнений. 3. Повторные вмешательства при тщательном планировании объема и вариантов доступа не имеют для пациента большей опасности и числа осложнений. 4. Выполнение по показаниям анатомических резекций печени предпочтительнее неанатомических резекций и паллиативных вмешательств.

## ПЕРВИЧНЫЕ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ. КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

Кит О.И., Шапошников А.В.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

В РНИОИ за последние 10 лет (2001-2010 гг.) выполнено 522 операции по поводу первичных и метастатических злокачественных поражений печени (из них 130 повторных).

При гепатокарциноме первичные радикальные резекции печени выполнены у 170 больных, циторедуктивные вмешательства — у 100: циторедуктивные резекции — 18; введение спирта — 23; открытая и транскутанная радиочастотная абляция — 43; открытая электролизная деструкция опухолей — 16. При метастатических поражениях резекцию печени произвели у 74 больных, другие циторедуктивные вмешательства — у 178 человек.

На основе анализа вмешательств целесообразно выделить следующие классификационные блоки: А — радикальность (радикальные и циторедуктивные); Б — характер операции (органозамещение — трансплантация, удаление опухоли — полное, частичное, разрушение опухоли); В — под-

ходы к очагу (открытые, транскутанные — лапароскопические/пункционные, трансангиальные); Г — способы воздействия на очаг (термические, химические, механические, лучевые, ультразвуковые, электролиз и др.); Д — кратность (однократные, многократные).

Важным моментом является разделение повторных операций на выполненные после первично-радикальных и на произведенные у исходно нерезектабельных больных.

Дополнительная характеристика — проведение неоадьювантной или адьювантной химиотерапии (системная, региональная). Наш опыт подтверждает увеличение продолжительности жизни больных при длительной адьювантной терапии сорафенибом (нексавар).

Предлагаемые классификационные подходы необходимы при планировании оперативных вмешательств и построении индивидуальных лечебных алгоритмов.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВЕ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Койчуев Р.А., Османов А.О., Меджидов Р.Т.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Дагестан, Россия

Заболеваемость эхинококкозом населения во многих регионах мира, в том числе на Северном Кавказе, остается довольно высокой. Несмотря на существующие различные методики оперативных вмешательств и способов антипаразитарной об-

работки фиброзной капсулы, проблема рецидива эхинококкоза печени, ещё, к сожалению, не решена. Если, при первичном эхинококкозе печени выбор оптимального способа оперативного доступа к паразитарной кисте печени является достаточно



сложной задачей, то при рецидивной эхинококковой кисте печени данная проблема усложняется в несколько раз. По данным разных авторов, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации колеблется в пределах 3-54%. В связи с этим активно разрабатываются и совершенствуются методы профилактики, ранней диагностики и лечения рецидива эхинококкоза.

В клинике общей хирургии с 1996 по 2010 гг. пролечено 1213 больных с эхинококкозом печени. Из них случаи рецидива наблюдали у 174 (14,3%) больных. В 27 (15,5%) случаях больные были ранее оперированы из лапароскопического доступа, в 137 (84,4%) была применена широкая лапаротомия, в 2 (1,1%) случаях — минилапаротомный доступ.

Диагноз рецидив эхинококковой болезни устанавливали при помощи УЗИ с доплерографией, КТ с контрастным усилением и МРТ. Данный диагностический алгоритм позволяет уточнить объем и вид предстоящего повторного оперативного вмешательства. Размеры рецидивирующих эхинококковых кист варьировали в пределах от 2,7 до 11,8 см, они имели различную локализацию по сегментам печени. Из 174 пациентов с рецидивными паразитарными кистами хирургическому вмешательству подверглись 168 (96,5%). В остальных случаях была предпринята активно-выжидательная тактика с применением химиотерапии. Следует отметить, что размеры кист у данной категории больных не превышали 3,5 см в диаметре. Специфическое медикаментозное лечение проводили альбендазолом в дозе 10-13 мг/кг в сутки.

В 57 (32,7%) наблюдениях выполнили чрескожную чреспеченочную пункцию рецидивной

кисты под эхотомоскопическим контролем, в 9 (5,1%) — под рентгентелевизионным контролем, остальным 108 (62%) больным выполнили широкую лапаротомию с иссечением старого послеоперационного рубца.

В анализируемой группе больных у 2 имело место нагноение остаточной полости, которое разрешилось на 16-е и 18-е сутки после операции. Послеоперационных осложнений таких как, формирование наружных желчных свищей, летальности, не наблюдали.

Для ранней диагностики рецидива болезни в комплекс исследований должны быть включены современные высокоинформативные, относительно безвредные и дешевые методы: реакция иммуноферментного анализа (ИФА) на эхинококкоз, обзорное УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, с кратностью исследования раз в шесть месяцев в первые два-три года от момента завершения первичного хирургического вмешательства. Единственным надежным критерием для ранней верификации рецидивной эхинококковой кисты и дифференциации её от остаточной полости, может служить обнаружение хитиновой оболочки, придающей двухконтурность кисте. При больших кистах распознавание хитиновой оболочки при УЗИ и КТ не представляет большой проблемы. Однако при размерах кист менее 3,5 см обнаружение ее, как правило, затруднено. В подобной ситуации, как окончательный этап диагностических мероприятий, методом выбора может служить тонкоигльная диагностическая пункция эхинококковой кисты под контролем УЗИ, КТ, МРТ и под прикрытием медикаментозного лечения.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

**Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Прокопьев М.В., Гумеров Р.Р.**

*ГУЗ Иркутская областная клиническая больница,*

*ГУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН,*

*ГОУ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия*

Клиника обладает опытом хирургического лечения 309 пациентов с очаговыми образованиями печени. Увеличение количества выполненных анатомических резекций печени выявило проблему повторных операций на желчных путях. При возникновении рубцовых стриктур желчных путей, при желчных свищах и желчно-каменной болезни у пациентов перенесших анатомические резекции печени хирург оказывается в наиболее сложной ситуации. Сложность проблемы обусловлена рубцово-спаечным процессом, затрудняющим иден-

тификацию элементов, а также изменением топографоанатомических взаимоотношений анатомических структур печеночно-двенадцатиперстной связи.

Различные повторные операции на желчных протоках выполнены у 8 пациентов, перенесших ранее гемигепатэктомию: 2 пациента с желчно-каменной болезнью и холедохолитиазом, 1 пациентка с некрозом холедоха после диагностической пункции конгломерата лимфоузлов в области гепатодуоденальной связки, 1 пациент с наружным желчным

свищем (альвеококк), 4 пациента с рубцовыми стриктурами левого гепатика.

При оперативном лечении таких пациентов возникает два главных вопроса:

1. где искать желчные пути?
2. какова последовательность действий при идентификации элементов печечно-двенадцатиперстной связки?

Анатомические резекции печени приводят к топографоанатомическим изменениям, связанным с пространственными перемещениями органов. В процессе замещения оставшейся полости имеет значение, как взаимное расположение органов, так и топографоанатомическое перемещение самой печени в результате её регенерации.

В эксперименте на 60 белых крысах самцах линии Вистар, мы показали, что к 11 суткам после выполненной гемигепатэктомии масса печеночной паренхимы превышает массу исходной культы печени на 93,07%. При этом происходят топографоанатомические изменения в расположении элементов печечно-двенадцатиперстной связки и поворот культы печени.

При анализе позиций протока, печеночной артерии и воротной вены было выяснено, что перемещения элементов в области печечно-двенадцатиперстной можно представить как вращение, которое они осуществляют единым блоком вокруг оси расположенной параллельно им и посередине между ними, при этом они не меняют своего взаимного положения. Методом математического моделирования мы составили уравнения, позволяющие определять месторасположение элементов гепатодуоденальной связки в послеоперационном периоде ( $\alpha$  — значение угла в градусах и  $t$  — время в днях).

$$\alpha_B = 0,0181 t^4 - 0,6031 t^3 + 6,0044 t^2 - 6,518 t + 269,28$$

$$\alpha_B = 0,0181 t^4 - 0,6031 t^3 + 6,0044 t^2 - 6,518 t + 149,28$$

$$\alpha_B = 0,0181 t^4 - 0,6031 t^3 + 6,0044 t^2 - 6,518 t + 29,28$$

Сутки послеоперационного периода, при осложненном его течении, для определения положения элементов печечно-двенадцатиперстной связки определяют не календарными сроками, а показателями функционального состояния печени.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ

Котенко О.Г., Калита Н.Я., Гриненко А.В., Федоров Д.А., Коршак А.А., Гусев А.В., Григорян М.С., Петрище И.И.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Киев, Украина

**Введение.** Повторные операции после резекций печени являются наиболее сложными в техническом плане вмешательствами, сопровождаются высокой морбидностью и летальностью. Результаты повторных операций остаются неудовлетворительными вследствие частого развития септических осложнений и печеночной недостаточности. Повторные операции после трансплантации печени связаны с экстремальным риском послеоперационных осложнений и летальностью. Однако, и те и другие являются жизненно необходимыми, направленными на спасение жизни больных.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение результатов повторных операций после резекций и трансплантаций части печени от живого родственного донора.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной цели были изучены результаты 1150 резекций и 92 трансплантаций печени от живого родственного донора, выполненных в отделе трансплантации и хирургии печени Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова с 2002 по 2010 гг.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов резекций печени показал, что повторные операции выполняли при гепатоцеллюлярной карциноме, метастазах колоректального рака в печень, гепатобластоме, опухолях Клацкина, рецидивном эхинококкозе печени. После трансплантации печени от живого родственного донора выполняли рентгенэндоваскулярные вмешательства на печеночной артерии и желчных протоках. Спонтанный разрыв трансплантата правой и левой доли печени на фоне криза отторжения развился на 14-е сутки после трансплантации у 2 больных, что потребовало повторного вмешательства с целью гемостаза трансплантата. При тромбозе печеночной артерии произведена реконструкция с помощью анастомоза между селезеночной артерией и правой печеночной артерией трансплантата. При тромбозе воротной вены у детей 6 месяцев после трансплантации левой латеральной секции в 2 случаях произвели кавапортальную транспозицию. В 2 случаях анастомотических стриктур билиобилиарного анастомоза у детей наложили билиодигестивные анастомозы.

**Выводы.** Повторные операции после резекций и трансплантаций печени являются технически сложными, часто urgentными, выполняемыми по

жизненным показаниям, сопровождаются высокой морбидностью и летальностью.

## СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

**Кузнецов Е.В. Ионин В.П. Васильев П.В.**

*ГОУ ВПО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия*

Обширные резекции печени при первичном раке является основным методом лечения больных. Данные вмешательства несут в себе опасность — возникновения таких осложнений, как желчеистечение и кровотечение из культи печени. Применение новых технологий при обработке культи печени позволяют уменьшить данные осложнения. Но при гипертензии в билиарной системе они не всегда эффективны.

**Цель исследования.** Уменьшить количество послеоперационных осложнений (желчеистечения из культи печени) декомпрессией билиарной системы, путем наружного дренирования внепеченочных желчных протоков при обширных резекциях печени.

**Материалы и методы.** Обширные резекции печени были выполнены у 22 больных первичным раком печени. Объём выполненных радикальных операций был следующим: расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 4, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 5, анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия — 9, анатомическая левосторонняя гемигепатэктомия — 4. У 12 (54,5%) больных было выполнено наружное дренирование холедоха по Вишневскому, Пиковскому-Холстеду и через культю долевых протоков печени. У 10 (45,5%) больных дренирование не производили.

При гистологическом исследовании у оперированных больных было выявлено: холангио-

целлюлярный рак (ХЦР) — в 12 случаях, гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) — в 4, цистаденокарцинома — в 1, смешанная форма — в 4, недифференцированный рак — в 1, фиброзная гистиоцитома — в 1. ХЦР в этой группе больных макроскопически был представлен массивной формой, у 4 больных при этом были выявлены регионарные метастазы.

**Результаты.** У 2 больных, которым была дренирована билиарная система, возникло желчеистечение из культи печени, но это осложнение было связано с недостаточной функцией наружного желчного дренажа. У одного из них удалось восстановить проходимость дренажа, желчеистечение прекратилось. У другой больной сформировался желчный свищ, что потребовало выполнения повторной операции — формирования гепатоеюноанастомоза. Частоты указанного осложнения составила 16,7+10,8%.

У 10 больных без наружного дренирования внепеченочных желчных протоков желчеистечение в послеоперационном периоде выявлено в 6 случаях (60+15,5%), формирование желчного свища — в 4 случаях. Данные осложнения потребовали дополнительных оперативных вмешательств.

**Заключение.** Наружное дренирование внепеченочных желчных протоков после обширных резекций печени позволило статистически достоверно ( $p=0,04$ ) снизить частоту желчеистечения из культи.

## ВЫПОЛНЕНИЕ ПОВТОРНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

**Курбанбердыев К.К.**

*Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан*

**Цель исследования.** Определение возможности планирования повторной операции у больных с рецидивным эхинококкозом печени по результатам дуплексного сканирования (ДС) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

**Материалы и методы.** Обследованы и оперированы 12 больных с рецидивным эхинококкозом печени. Ультразвуковое исследование в режиме дуплексного сканирования (ДС) проводили на аппарате “Philips HD II” (Германия), мультиспираль-

ное компьютерно-томографическое исследование с контрастным усилением (ультравист 300) проводили на аппарате "Somatom Emotion 6" (Siemens). На основании данных обследования устанавливали диагноз эхинококк, уточняли топографию кисты печени, расположение сосудов в перикистном пространстве и наличие сращения фиброзной оболочки кисты с диафрагмой.

**Результаты.** На основании данных МСКТ в режиме 3D выбирали оптимальный разрез повторной эхинококкэктомии печени (торакофреното-

мия — 3, по Федорову — 4, срединная лапаротомия — 4 и правосторонняя лямботомия — 1). Технику выполнения повторной эхинококкэктомии печени планировали с учетом расположения сосудов в перикистной ткани печени.

**Заключение.** Данные обследования больных с рецидивным эхинококкозом печени с помощью ДС и МСКТ позволяют выбрать оптимальный доступ и составить план выполнения повторной эхинококкэктомии печени с наименьшим риском ятрогенного повреждения сосудов в перикистной ткани печени.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М., Даминова Н.М., Гулахмадов А.Д.

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

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения эхинококкоза печени (ЭП).

**Материалы и методы.** Располагая опытом диагностики и лечения 37 пациентов с рецидивным и резидуальным ЭП, которым выполняли повторные оперативные вмешательства. Мужчин было 29, женщин — 8. Из 37 пациентов 31 перенесли различные варианты эхинококкэктомии, перцистэктомию — 4 и лишь 2 атипичные резекции печени.

Для диагностики рецидивного и резидуального ЭП больным проводили клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

**Результаты.** Выбор способа и объема повторной операции на печени, прежде всего, зависели от общего состояния пациентов, возраста, сопутствующей патологии, а также размеров пораженной паренхимы печени и характером осложнений ЭП.

При рецидивном и резидуальном ЭП в 24 наблюдениях выполняли правостороннюю гемигепатэктомию (n=9), левостороннюю гемигепатэктомию (n=11) и в 4 случаях — атипичную резекцию печени. В послеоперационном периоде в 5 наблюдениях отмечали осложнения в виде печеночной недостаточности (n=3) и внутреннего кровотечения (n=2). Летальных исходов не отмечено.

Экономные резекции печени были выполнены в 8 наблюдениях. Осложнений и летальных исходов не было. В 5 случаях из-за тяжести общего состояния пациентов при осложненном ЭП (нагноение и прорыва в желчные пути) ограничивались вскрытием и транспеченочным дренированием остаточной полости печени (n=3), а также декомпрессией желчевыводящих путей с эхинококкэктомией (n=2). В послеоперационном периоде умерло 2 больных от печеночно-почечной недостаточности.

**Заключение.** Повторные оперативные вмешательства на печени целесообразно выполнять в специализированных отделениях специалистами, имеющими опыт выполнения резекций печени.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Лобаков А.И., Румянцев В.Б., Захаров Ю.И., Филижанко В.Н., Морохотов В.А.

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

С 1993 по 2011 гг. по поводу истинных кист печени (ИКП) оперировано 236 пациентов. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 80 лет. Размеры кист — от 5 см до 26 см в диаметре. Лапароскопические операции при ИКП выполнены 94 (40%) больному, пункционное дренирова-

ние под УЗИ контролем — 114 (48%) больных, при открытых операциях — 28 (12%).

После лапароскопических операций у 6 (6%) больных выявили рецидивы кист. Этим больным выполнили дренирование под УЗИ-контролем с введением 96% этилового спирта. Рецидивы у па-



циентов, которым проводилось дренирование под УЗ-контролем, составили 23 (20%) наблюдения. В последующем 20 больным повторно провели дренирование под УЗ-контролем, 1 больной выполнено лапароскопическое иссечение кисты, 1 пациентке киста иссечена лапаротомным доступом. После операций лапаротомным доступом отмечен рецидив (4%). Пациенту выполнено дренирование кисты под УЗ-контролем.

Осложнения после дренирования НКП под УЗ-контролем возникли у 18 (16%) больных, у 7 больных они были в виде поступления геморагического отделяемого с кистозной жидкостью. В 1 случае по этому поводу выполнили лапаротомию в экстренном порядке. В остальных случаях кровотечение остановлено консервативно. В 11 случаях у больных отмечена миграция дренажа из полости кисты, что впоследствии явилось причиной рецидива. При лапароскопической фенестрации кисты, отмечено одно осложнение в виде формирования абсцесса в остаточной полости кисты, что потребовало проведения лапаротомии. У больных оперированных лапаротомным доступом, отмечены 2 осложнения в виде массивных интраоперационных кровотечений из ложа удаленной кисты.

С 2006 г. плазменный скальпель применен при лапароскопических операциях у 18 больных, лапаротомным доступом — у 10 пациентов. С использованием неодимового-ИАГ лазера лапароскопическое иссечение ИКП выполнили 8 пациентам, открытым доступом оперировано 5 больных.

При гистологическом исследовании иссеченных стенок истинных кист печени, с деэпителизацией внутренней стенки плазменным потоком и лазерным излучением, в эпителиальной выстилке и в

соединительной ткани стенки кисты отмечены тяжелые дистрофические изменения и очаги коагуляционного некроза. Что говорит об эффективности и полноте деэпителизации.

При УЗИ печени через 6, 12 и 24 месяца у данных больных отсутствовали признаки рецидива кист, кроме одного рецидива ИКП, которая была оперирована в начале освоения методики.

Оперативные вмешательства при ИКП с применением плазменных и лазерных технологий позволяют повысить радикальность способов лечения, за счет эффективного «деэпителизирующего», гемостатического, антибактериального эффекта, снизить частоту рецидивов и осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

**Заключение.** Использование плазменных потоков и высокоэнергетического лазерного излучения можно признать методом выбора при деэпителизации выстилки истинных кист печени. Лапароскопические операции с применением плазменных и лазерных технологий, позволяют достичь радикальности вмешательства, не прибегая к полной энуклеации остаточной стенки, и тем самым избежать наиболее частых и опасных интра- и послеоперационных осложнений — кровотечения и желчеистечения. При использовании данных методов число осложнений уменьшилось до 5,5%. Продолжительность пребывания больных в стационаре снизилась на 3 койко-дня.

Среди основных факторов, определяющих рецидив заболевания, являются недостаточное иссечение стенки кисты, неполноценная деэпителизация, большие размеры, интрапаренхиматозное расположение, локализация кист в задних сегментах печени, наличие перегородок, раннее удаление или выпадение дренажа.

## АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

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

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

**Цель исследования.** Изучить результаты комплексного поэтапного оперативного лечения больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненными развитием механической желтухи.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы ГКБ СМП г. Душанбе за последние 12 лет накоплен опыт лечения 189 больных с опухоля-

ми ГПДЗ. Состояние пациентов было осложнено развитием механической желтухи. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 82 лет. Причиной развития механической желтухи была обструкция: билиарных протоков злокачественной опухолью печени — у 89 (47,1%) пациентов; головкой поджелудочной железы — у 28 (14,8%); желчного пузыря — у 17 (9,0%); холедоха — у 2 (1,1%); большого дуоденального сосочка — у 5 (2,6%) и

гепатодуоденальной зоны — у 48 (25,4%) больных. Продолжительность заболевания составила от 8-11 дней до 2-4 месяцев. Клиническая картина заболевания складывалась из синдромов холемической интоксикации и печеночной недостаточности. Интенсивность холестаза была различной, от субклинических проявлений гипербилирубинемии до выраженной желтухи и зависела от уровня обтурации и продолжительности заболевания. Для диагностики больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, КТ, МРТ).

**Результаты и их обсуждение.** Для улучшения результатов хирургического лечения больных с опухолями ГПДЗ, осложненных механической желтухой, была использована комплексная многоэтапная лечебная тактика, как в период предоперационной подготовки, так и во время послеоперационного ведения, что включало в себя: инфузионную терапию; дооперационную миниинвазивную и эндоскопическую декомпрессию желчных протоков (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, чрескожная чреспеченочная холангиостомия); методы экстракорпоральной детоксикации (энтеросорбция, гемосорбция, плазмафорез) и методы лазерной терапии.

Из 189 больных с опухолями органов ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, оперированы 178 (94,2%) (выполнено 213 опера-

тивных вмешательств). У 11 пациентов произвести как радикальное, так и паллиативное желчеотведение не удалось, и больные были направлены для проведения лучевой и химиотерапии. У 178 больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухой, выполнены следующие операции: панкреатодуоденальная резекция (2), резекция большого дуоденального сосочка (1), резекции печени (73), холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз (4), холецистэктомия, гепатикодуоденоанастомоз (29), бигепатикоеюноанастомоз (4), холецистэктомия (28), холецистоэнтеростомия (33), гепатикостомия (7), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (19) и эксплоративная лапаротомия (11). Послеоперационные осложнения отмечены у 28 (15,7%) больных, что выражалось острой печеночной недостаточностью (22), желчеистечением (3) и кровотечением (3). В послеоперационном периоде умерли 17 (9,5%) пациентов, в основном от печеночной недостаточности.

**Заключение.** Применение комплексного многоэтапного лечения больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, с использованием комбинированных методов предоперационной подготовки и последующим оперативным вмешательством, способствует значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

## УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Одинаев Р.О., Назипов С.Т.

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

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных холедохолитиазом и гнойным холангитом, путем применения малоинвазивной технологий.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 1851 пациентов с острым холециститом, в возрасте от 18 до 83 лет. Удельный вес лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) составил 16,1% (299). Мужчин было 19,9%, женщин — 81,1%. Субоперационная холедохоскопия выполнена 15 пациентам с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Всем больным в предоперационном периоде диагноз холедохолитиаза был установлен по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с магнитно-резонансной холангиопанкреатографией (МРХПГ). Во всех случаях

провели эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), при которой у всех 15 больных были выявлены особенности строения большого дуоденального сосочка (БДС). Из них у 4 (26,7%) пациентов ЭРХПГ провести было невозможно в результате расположения БДС в дивертикуле. В 4 случаях произвели ЭРХПГ, однако холедохолитоэкстракцию провести не удалось в связи с тем, что папиллосфинктерный разрез был небольшим (5-7 мм) из за длинной интрамуральной части холедоха.

**Результаты.** На операции первым этапом проводили лапароскопическую холецистэктомию. Пузырный проток у кармана Гартмана клипировали и надсекали ниже ножницами. Проводили ревизию пузырного протока диссектором, при этом, в 2 случаях из пузырного протока в месте его сли-

яния с общим печеночным протоком извлекались конкременты. Через троакар, введенный в правом подреберье по среднечлочичной линии, заводили холедохоскоп. Холедохоскопию проводили через расширенный до 8-10 мм пузырный проток в 5 случаях и через холедохотомный разрез — в 10 случаях. Во всех случаях удалось провести полноценную ревизию от сегментарных желчных протоков до двенадцатиперстной кишки с извлечением от одного до 4-х конкрементов от 0,3 до 1,0 см в диаметре. У 11 из 15 пациентов при холедохоскопии были признаки гнойного холангита. В этих случаях после промывания желчных путей растворами антисептиков, операция завершена наружным дрени-

рованием холедоха. У 2-х больных с холедохолитоэкстракцией через пузырный проток и отсутствием признаков гнойного холангита наружное дренирование холедоха не проводилось. Во всех случаях проводилась интраоперационная холангиография.

**Заключение.** Больным с признаками холедохолитиаза показано выполнение МРТ с МРХПГ с последующим проведением ЭРХПГ. При неэффективности ЭРХПГ с холедохолитоэкстракцией возможно проведение лапароскопической холецистэктомии, холангиоскопии и холедохолитоэкстракции как альтернатива лапаротомии, заслуживающее её широкого внедрения в практику неотложной хирургии.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М.

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

**Цель исследования:** изучить частоту и причины рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости, а так же установить их зависимость от локализации и характера первичного поражения.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты лечения 124 больных с рецидивными формами эхинококкоза печени и брюшной полости, оперированных в отделении хирургии портальной гипертензии РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 1992 по 2010 гг. Причинами повторных операций при эхинококкозе органов брюшной полости были: рецидивный эхинококкоз — у 69 (55,6%) больных, имплантационный эхинококкоз — у 24 (19,4%) больных, диссеминированный эхинококкоз — у 10 (8%) больных, резидуальный эхинококкоз — у 19 (15,4%) больных, реинвазивный эхинококкоз — у 2 (1,6%) больных. Для уточнения взаимосвязи рецидива эхинококкоза с местом первичной локализации паразитарной кисты у 88 больных сопоставлена локализация кист при первичной и повторной операциях. Причем, у 30 из них, первично оперированных по поводу солитарной эхинококковой кисты, ее локализация установлена строго посегментарно, согласно данным протоколов первичновыполненных операций, в том числе у 23 больных, первичнооперированных в нашем отделении. С целью детальной топической диагностики использовали полноценное обследование с привлечением современных методов визуализации (УЗИ, компьютерная томография, интраоперационное УЗИ) и данных оперативных вмешательств с составлением двухмерных карт-схем локализации кист паразита.

**Результаты.** При сопоставлении результатов анализа первичной локализации паразитарных кист с локализацией рецидивных кист при повторных вмешательствах установлено, что лишь у 48 (54,5%) больных рецидивные кисты локализовались в той же доле, где ранее были удалены первичные. В остальных 40 наблюдениях рецидивные эхинококковые кисты обнаружены на удалении от первичной локализации. У 6 (6,8%) больных паразитарные кисты были локализованы в контралатеральной доле, у 24 (27,2%) больных — в других органах брюшной полости и у 10 (11,3%) больных имела место диссеминация процесса. Наиболее ценные данные были получены в группе больных с первично-солитарным эхинококкозом, с посегментарно установленной локализацией первичной кисты. При этом оказалось, что локализация рецидивной кисты лишь у 8 (26,6%) больных совпадала с посегментарной локализацией первичной кисты. В остальных 22 случаях рецидивы выявлены: в других сегментах этой же доли — у 13 (43,3%) больных, в контралатеральной доле — у 6 (20%), диссеминация — у 3 больных (10%).

**Выводы.** Рецидив эхинококкоза печени, строго связанный с областью первичной локализации кисты, составил всего 26,6% от всех рецидивных форм. Высокий удельный вес рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах и даже контрлобарное поражение ставит под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты, как основного фактора рецидива заболевания, указывает на достаточность

традиционных способов химической обработки фиброзной капсулы и ставит под сомнение целе-

сообразность методов ее термической обработки и перикистэктомии.

## КРИТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М.

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

Рецидивы эхинококкоза печени (ЭП) и других органов брюшной полости, несмотря на значительный прогресс абдоминальной хирургии, остаются одной из ключевых проблем хирургического лечения этой болезни. В отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 1992 г. по 2010 г. оперировано 778 больных. По поводу первичного ЭП оперировано 654 больных. Удельный вес первично-множественного эхинококкоза составил 39,1% (256 больных), одновременное поражение обеих долей диагностировано в 78 случаях. По поводу рецидивного и резидуального эхинококкоза повторно оперировано 124 больных. Однократно повторно оперировано 70 больных, многократно — 54 больных.

При повторных операциях в подавляющем числе наблюдений (88 (71%)) в брюшной полости выявлен выраженный спаечный процесс как в месте локализации первичной кисты, так и преимущественно в одном и двух этажах брюшной полости. Множественное рецидивное поражение печени отмечено у 51 (41,1%) больного. Интраоперационно в 8 случаях отмечено интимное прилегание кист к магистральным сосудам печени, что в 2 случаях привело к ятрогенному частичному пересечению ветвей печеночных вен с обильным кровотечением. Надрыв печеночной ткани при выделении спаек в области кисты отмечен в 8 случаях. Повышенную кровоточивость из спаек в оперируемой зоне наблюдали в 14 случаях. Расположение рецидивных кист по заднедиафрагмальной поверхности печени с массивными спайками с диафрагмой в 5 случаях привело при выделении кисты к ятрогенному вскрытию плевральной полости. При расположении кисты в воротах печени, в проекции V сегмента печени, с общей стенкой с желчным пузырем в 10 наблюдениях произвели вынужденную холецистэктомию. Регионарная портальная гипертензия вследствие

сдавления кистами магистральных сосудов печени отмечена в 3 случаях.

Спленэктомия вместе с кистами произведена у 4 больных. Диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости диагностирован в 19 (15,3%) случаях. В 5 случаях имело место вынужденное оставление эхинококковых кист в брюшной полости и забрюшинном пространстве во время операции из-за исходно тяжелого состояния больного, выраженного спаечного процесса, распространенности поражения, кровопотери, что делало невозможным дальнейшую ревизию и ходе самой операции. Данные критические ситуации диктовали многоэтапность хирургического лечения.

Использование в отделении с 2001 года интраоперационного УЗИ предотвратило в 5 случаях ятрогенное повреждение крупных венозных стволов и желчных протоков печени, а в случае с множественным поражением печени в 6 наблюдениях позволило выявить недиагностированные на дооперационном этапе мелкие эхинококковые кисты до 3-4 см в диаметре, выполнить интраоперационную пункцию и антипаразитарную обработку и, тем самым, снизить травматичность вмешательства.

Таким образом, критические ситуации при операциях по поводу рецидивных форм эхинококкоза органов брюшной полости наблюдают в 2 раза чаще, чем при первичном эхинококкозе. Это напрямую связано с количеством перенесенных операций, выраженностью спаечного процесса в оперируемой зоне, распространенностью поражения и вовлеченностью в процесс других органов брюшной полости, а также кровопотерей.

Применение интраоперационного УЗИ печени, как завершающего этапа инструментальной диагностики, позволяет избежать возможные интраоперационные осложнения и критические ситуации, а так же диагностировать мелкие кисты внутрипеченочной локализации, не выявленные на дооперационном этапе.



## ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

Нартайлаков М.А., Мушарапов Д.Р., Грицаенко А.И., Пантелеев В.С., Абдеев Р.Р., Салимгареев И.З.  
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования:** определить показания и объем хирургических вмешательств при рецидивном эхинококкозе и инфицированных остаточных полостях печени после эхинококэктомии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, пролеченных в Башкирском республиканском центре хирургической гепатологии при РКБ им. Г.Г. Куватова, с 1998 года по 1-й квартал 2011 года. За этот период оперировано 488 больных с эхинококкозом печени. Из них 69 (14,2%) больным выполнили повторные операции по поводу рецидивов паразитарных кист ( $n=54$  (11,1%) и инфицированных остаточных полостей после эхинококэктомии ( $n=15$  (3,1%)). Для выявления и дифференциальной диагностики рецидива кист и остаточных полостей печени использовали УЗИ, КТ и ИФА на эхинококкоз.

**Результаты.** Больным с рецидивом эхинококковых кист печени выполняли атипичные резекции печени ( $n=5$ ) или эхинококэктомии ( $n=49$ ), в том числе с лазерной обработкой остаточной полости

( $n=21$ ). Больным с инфицированными остаточными полостями печени после эхинококэктомии выполняли: атипичную резекцию печени ( $n=1$ ), лапаротомию с вскрытием и дренированием гнойной полости ( $n=8$ ), пункционное дренирование остаточной полости под УЗИ-контролем ( $n=6$ ).

В послеоперационном периоде с 2008 года применяли чрездренажное лазерное облучение остаточных полостей и антимикробную фотодинамическую терапию, а также лечение альбендазолом. При данной терапии ( $n=27$ ) рецидивов кист или повторного инфицирования остаточных полостей не наблюдали. Тогда как при традиционных методах из 42 больных рецидивирующий эхинококкоз выявлен у 4, повторное инфицирование полости — у 2, что составило 14,3%. После повторных хирургических вмешательств летальность составила 4,3% (3 больных).

**Выводы.** Внедрение новых технологий позволяет улучшить результаты хирургических вмешательств при рецидивном эхинококкозе и инфицированных остаточных полостях печени.

## ВИДЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И ДИСSEМИНИРОВАННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф.  
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить причины повторных операций у больных с эхинококкозом печени и определить выбор оптимального метода хирургического вмешательства.

**Материалы и методы.** За период с 1998 по 2008 гг. на базе кафедры хирургических болезней АГМИ оперированы 829 больных перенесших оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени (ЭП). Анализу подвергнуты данные результатов лечения 157 больных. Из них первично-диссемированная форма ЭП выявлена у 12 (8%) больных. По поводу рецидивного эхинококкоза прооперированы 97 (62%) больных. Рецидивы с диссеминацией ЭП выявлены у 48 (30%) больных. Необходимо отметить, что лишь 13 больных ранее оперировались в нашей клинике, а остальные 132 первичное хирургическое вмешательство перенесли в других лечебных учреждении-

ях. Мужчин было 63, а женщин — 94. Больные были в возрасте от 20 до 45 лет. По количеству рецидивов больные были распределены следующим образом: 1-й рецидив наблюдали у 104 больных, 2-й рецидив был у 24, 3-й рецидив — у 13, 4-й рецидив — у 4 больных. Одиночные кисты выявлены у 71 больного, из них у 53 больных отмечали локализацию кист в правой доле печени, у 18 — в левой доле печени. Множественная локализация кист правой и левой доли печени выявлена у 51 пациента. У 35 больных отмечено сочетанное поражение органов брюшной полости.

Основные причины рецидива заболевания: нарушение правил апаразитарности и антипаразитарности во время операции, недостаточная оснащенность лечебных учреждений, низкая квалификация хирурга, непроведение противорецидивных и профилактических мероприятий. Общеклиническое

исследования в сочетании рентгеноскопия, УЗИ и МРКТ позволяют не только точно диагностировать заболевание, но и определить локализацию, выявить характер осложнений, выбрать наиболее обоснованный доступ и метод оперативного вмешательства. Наиболее часто доступ выбирается по «старому» послеоперационному рубцу. При расположении эхинококкоза в печени и в селезенке использовали верхнесрединную лапаротомию, при диссеминированных формах — срединную лапаротомию. У худощавых больных с острым углом реберной дуги верхнесрединную лапаротомию дополняли рассечением круглой и серповидной связок. У 16 больных использовали косой разрез в правом подреберье и нижнесрединный доступ. У 8 пациентов использовали верхне и нижнесрединную лапаротомию без разреза пупочной области. У 12 больных кисты были удалены вместе с малым и большим сальником. Удаление левой доли осуществляли при множественных поражениях или при полном поражении доли печени гигант-

скими кистами. При эхинококкозе селезенки из 18 больных у 14 старались сохранить паренхиму селезенки. Тампонада остаточной полости большим сальником и круглой связкой с дренированием произведена у 25 больных. Желчные свищи ушивали П-образными швами. Остаточные полости обрабатывали комплексно: горячим фурацилином или гипертоническим раствором (нагретым до 700° С), 96% спиртом, 2% формалином, в конце 5% йодной настойкой, а край иссеченной фиброзной капсулы коагулировали. До операции и в послеоперационном периоде проводили химиотерапию альбендазолом, мебендазолом, зентелем по схеме, разработанной в клинике.

**Заключение.** Анализ проведенных исследований показал, что ранняя диагностика ЭП, выполнение операции в специализированных стационарах, комплексная обработка остаточных полостей, химиотерапия до и после операции существенно позволяют улучшить результаты лечения ЭП, в частности при рецидивных формах.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С., Соколов А.П., Остроушко А.П.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД»,  
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с метастатическим поражением печени путем дифференцированного применения моно- и полипозиционной радиочастотной абляции (РЧА) опухолевых очагов под контролем ультразвуковой навигации.

**Материалы и методы.** Анализируются результаты лечения 108 больных с метастатическими поражениями печени в возрасте от 41 года до 76 лет. Проведены три блока клинических исследований. В I блоке (32 больных) изучали эффективность применения РЧА в комплексе лечения пациентов с солитарными метастазами печени, размерами не более 3,0 см. Контрольную группу составили 15 пациентов, лечение метастазов печени у которых проводили путем введения в патологический очаг 96% этилового спирта пункционным методом; основную — 17 пациентов, которым выполняли монопозиционную РЧА иглощатым электродом. Во II блоке (39 больных) изучали применение РЧА в комплексе лечения пациентов с солитарными метастазами печени размерами от 3,5 до 6,0 см. Контрольную группу составили 11 пациентов, которым выполняли РЧА кластерным электродом из

моноступа, в основную — 28 пациентов, которым применяли модифицированную методику полипозиционной РЧА иглощатыми электродами. В III блоке (37 больных) оценивали эффективность комбинированного применения РЧА и химиотерапии в лечении пациентов с множественными метастазами печени. Контрольную группу составили 16 пациентов, у которых воздействие на метастазы печени осуществлялось только путем химиотерапии, основную — 21 больной, у которых химиотерапевтическое воздействие сочетали с моно- и полипозиционной РЧА визуализируемых метастатических очагов. Для проведения РЧА использовали генератор «Radionics», электроды «Cool-Tip».

**Результаты.** В I блоке исследований рецидивов опухолевого роста в зоне воздействия РЧА в период наблюдения до трех лет не отмечено. Выживаемость больных основной группы в течение одного года составила 90,9%, 2-х лет — 72,7%, 3-х лет — 45,5%. В контрольной группе однолетняя выживаемость составила 83,3%, двухлетняя — 66,7%, трехлетняя — 41,7%. Во II блоке исследований рецидивы опухолевого роста в зоне воздействия РЧА в течение трехлетнего периода

наблюдения отмечены: у больных основной группы — в 1 (3,6%) случае, контрольной — в 3 (27,3%) случаях. Во всех случаях рецидивов произведены повторные сеансы РЧА. Выживаемость больных основной группы в течение одного года составила 85,7%, 2-х лет — 71,4%, 3-х лет — 39,3%. В контрольной группе однолетняя выживаемость составила 81,8%, двухлетняя — 63,6%, трехлетняя — 36,4%. В III блоке исследований в основной группе выживаемость в течение одного

года составила 71,4%, в контрольной — 66,7%; выживаемость в течение 2-х лет, соответственно, 42,9% и 33,3%.

**Выводы.** Применение РЧА является достаточно эффективным методом лечения метастатических поражений печени. С целью повышения эффективности термодеструкции необходимо придерживаться строгих показаний к ее применению и выбору методики воздействия, в зависимости от объема и количества метастатических очагов.

## ОСТАТОЧНАЯ ФИБРОЗНАЯ ПОЛОСТЬ, КАК ПРИЧИНА ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Павлюк Г.В., Андон Л.Г., Дану М.И., Череш В.И.

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Эхинококкоз — эндемичное заболевание в Молдове с уровнем заболеваемости в различных районах республики от 3,4 до 9,7 на 100 тысяч населения.

В 50% случаев пациенты госпитализируются с осложненными формами заболевания, что затрудняет выполнение радикальных оперативных вмешательств, ухудшая послеоперационные результаты, приводя к повторным реконструктивным вмешательствам.

**Цель исследования.** Провести анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени; выявить причины и частоту осложнений в послеоперационном периоде, приводящих к повторным реконструктивным вмешательствам; разработать рекомендаций по их снижению.

**Материалы и методы.** В период с 2000 по 2011 гг. в клинике оперировано 257 больных эхинококкозом печени в возрасте 18-76 лет. Эхинококковые кисты были в различных стадиях жизнедеятельности: неосложненный эхинококкоз — у 132 (51%) пациентов, нагноившиеся кисты — у 89 (35%), кальцинированные — у 36 (14%). Единичные кисты выявили у 188 (73,2%) больных, множественные — у 45 (17,5%), полиорганный эхинококкоз — у 24 (9,3%). Размеры кист варьировали в пределах от 7 до 25 см в диаметре. Предоперационная диагностика базировалась на данных УЗИ, рентгенографии, ФГДС, КТ, лапароскопии, лабораторно-иммунологических исследований. В срочном порядке оперировано 7 больных с прорывом нагноившихся кист в брюшную полость и 3 — в желчные ходы. Выполнены следующие вмешательства: открытая эхинококкэктомия произведена у 177 (68,9%) больных, из них у 56 (31,6%) — операция завершена оментопластикой (в 17 случаях с использованием фибрин-

ного клея) и капитонажем в 27 (15,2%) случаях; перекистэктомия — у 45 (17,5%), атипичная резекция печени — 28 (10,9%); лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена 7 (2,7%) больным.

К выбору объема оперативного вмешательства подходили индивидуально с учетом тяжести состояния пациентов, наличия осложнений, сопутствующей патологии и возраста.

В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: наружные гнойные свищи — 12 (4,6%); наружные желчно-гнойные свищи — 24 (9,3%); нагноение остаточной фиброзной полости — 7 (2,7%); поддиафрагмальный и подпеченочный абсцессы — 3 (1,2%); желчный перитонит — 2 (0,8%); послеоперационное кровотечение из паренхимы печени — 2 (0,8%); холангит — 2 (0,8%).

Желчно-гнойные осложнения наблюдали у больных с осложненными «каркасными» кистами, желчный перитонит и кровотечение из паренхимы печени отмечали после перикистэктомии. В 8 случаях послеоперационные осложнения были разрешены миниинвазивными вмешательствами. 2 больных с нагноившимися внутривнутрипеченочными остаточными полостями были реоперированы. У 21 больного свищи закрылись после консервативной терапии, а у 15 при желчеистечении более 500 мл в сутки были произведены реконструктивные операции, в 7 случаях с проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии. В этой группе больных для улучшения репаративных возможностей печени производили локальную иммуностимуляцию паренхимы моноклеарными клетками, что улучшало микроциркуляцию, пролиферацию тканей, интенсификацию процессов абсорбции (Патент №3356 G2 2006) Больным с желчным перитонитом и кровотечением из паренхимы печени ушивали желчные ходы с гемостазом и санацией брюшной полости.

В послеоперационном периоде летальность от печеночно-почечной недостаточности составила 0,8% (2 пациента).

**Выводы.** 1. Осложненный эхинококкоз приводит к развитию в послеоперационном периоде желчно-гнойных осложнений, требующих повторных реконструк-

тивных вмешательств. 2. Реконструктивные вмешательства при обильном желчеистечении из остаточной фиброзной полости должны сочетаться с эндоскопической папиллосфинктеротомией. 3. Локальная иммуностимуляция мононуклеарными клетками паренхимы печени ускоряет облитерацию остаточных полостей.

## РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ОБЪЕМА

**Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Алиханов Р.Б., Нечунаев А.А., Баранов А.В.**

*Кафедра хирургии ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета,  
Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ Московского государственного медико-стоматологического университета,  
Клиническая больница № 83 ФМБА, Москва, Россия*

Лечение пациентов с рецидивными опухолями печени после ранее перенесенных резекций является сложной проблемой хирургической гепатологии. Нарушенные топографо-анатомические взаимоотношения, выраженный спаечный процесс, нарушения гемокоагуляции на фоне проводимой химиотерапии, низкий функциональный резерв печени зачастую ограничивают возможности выполнения у таких пациентов повторных резекций. Возможности радиочастотной абляции (РЧА) в лечении данного контингента пациентов на сегодняшний день недостаточно изучены, отсутствует четкая система показаний и противопоказаний к использованию данной методики в этих непростых клинических ситуациях.

**Целью** нашего исследования было оценить возможности РЧА в лечении пациентов, ранее перенесших резекции печени различного объема.

**Материалы и методы.** За период с 2007 по 2011 гг. оперированы 12 пациентов с рецидивными опухолями печени, ранее перенесшие резекции. Мужчин было 8, женщин — 4. Анатомические резекции ранее были выполнены 5 пациентам, атипичные — 7. В 2 случаях имелся гепатоцеллюлярный рак, в остальных — метастазы колоректального рака. Сроки, прошедшие после ранее выпол-

ненных резекций, составили от 5 до 16 месяцев. Всем больным в период между резекцией печени и РЧА проводили химиотерапию. У всех пациентов, подвергнутых РЧА, размер рецидивной опухоли не превышал 4 см. В 2 случаях РЧА выполнял под контролем УЗИ, в 2-х — под контролем КТ, в 8 — лапаротомия с ИОУЗИ. РЧА выполняли аппаратами Rita и Фотек. Выбор конфигурации электрода и время экспозиции зависело от локализации опухоли и ее размера.

**Результаты.** Осложнения отмечены у двух пациентов: у одного пациента развилось кровотечение, потребовавшее повторной трэковой абляции операционного канала, у одного развился абсцесс в зоне абляции поверхностно расположенной опухоли. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась химиотерапия. Наибольшее время наблюдения составило 16 месяцев, медиана выживаемости — 9 месяцев.

**Выводы.** РЧА является возможным, безопасным и эффективным методом лечения пациентов с рецидивными опухолями печени, ранее перенесших резекции. Метод применим в тех случаях, когда имеются противопоказания к проведению повторных резекций.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ

**Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Иванов А.А.**

*Хирургическое отделение опухолей печени и поджелудочной железы  
Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН,  
Институт клинической онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Москва, Россия*

**Цель исследования:** показать возможности хирургического лечения больных при злокачественных опухолях печени.

В хирургическом отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1990 по апрель 2011 года произвели 1507



резекций печени, из них повторным оперативным вмешательствам в связи с рецидивным опухолевым поражением культи печени было подвергнуто 102 (6,8%) пациента. Выявление рецидива в сроки от 1 до 6 месяцев было в 28 случаях, в сроки от 6 месяцев до 1 года — в 47 наблюдениях, в остальных случаях — более 1 года.

По локализации первичного очага опухолевое поражение было представлено следующим образом: колоректальный рак — у 59 больных, первичный рак печени — в 22 случаях, карциноид различной локализации — у 7 пациентов, рак коры надпочечника — у 3, рак желчного пузыря — у 2, рак почки — у 2, GIST — у 2 и по 1 наблюдению — рак пищевода, рак желудка, злокачественная фиброзная гистиоцитома, рак полового тяжа и эмбриональная саркома. У всех больных на дооперационном этапе была получена цитологическая верификация.

Произведено 109 повторных операций у 102 больных: гемигепатэктомии — у 38, резекций печени — 64, криодеструкция опухоли — у 2 больным. У 5 больных после резекций печени по поводу гепатоцеллюлярного рака в сроки от 2 до 10 лет появились метастазы в лимфатические узлы ворот печени, в связи с чем произвели повторные операции в объеме лимфодиссекции, причем двоим из пяти пациентов повторную операцию пришлось дополнить выполнением гастропанкреатодуоденальной резекции. Данный объем вмешательства был

обусловлен метастатическим поражением парааортальных и аортокавальных лимфоузлов. У 7 больных повторные операции произвели дважды.

Интраоперационная кровопотеря при первой операции на печени в среднем составила 1377116,9 мл (от 300 до 4300 мл), а при повторных — в среднем  $1562,3 \pm 147,9$  мл (от 200 до 5500 мл).

Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдали в 28%. После повторных операций осложнения наблюдали в 42,4% случаях. Летальный исход был в 1 случае (0,98%).

5-ти летняя выживаемость после повторных операций: по поводу метастазов колоректального рака составила  $34,6 \pm 11,8\%$  (медиана — 38 месяцев), при первичном раке печени —  $42,2 \pm 4,7\%$  (медиана — 45 месяцев).

Опасность повторных резекций при рецидивном опухолевом поражении культи печени не превышает таковую при первичном вмешательстве. Летальность, частота осложнений и продолжительность жизни после повторных резекций печени сходны с таковыми после первичных. Наилучшие результаты повторных резекций отмечены у больных с минимальным объемом опухолевого поражения (малым числом и размером метастазов). При правильном отборе пациентов повторные резекции позволяют увеличить продолжительность жизни, и в настоящее время могут считаться методом выбора при рецидивах в культе печени.

## ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Прохоров А.В., Тур Г.Е., Тур А.Г., Цемахов Ю.Г.

Белорусский государственный медицинский университет,

Минский городской клинический онкологический диспансер, Минск, Беларусь

**Введение.** Печень является одной из наиболее частых локализаций отдаленных метастазов колоректального рака. Для лечения метастазов в печень применяют различные методы лечения, в том числе хирургический.

**Цель исследования.** Оценить результаты повторных резекций печени по поводу метастазов колоректального рака.

**Материалы и методы.** За период с 1 января 1993 по 31 декабря 2010 года в Минском городском клиническом онкологическом диспансере была произведена 171 резекция печени по поводу метастазов колоректального рака. Прогрессирование процесса в печени после первой операции было выявлено у 56 (32,7%) пациентов, повторно операция была возможна и выполнена у 12 (21,2%) пациентов.

**Результаты.** Среди пациентов было 8 женщин и 4 мужчин (2:1). Средний возраст пациентов составил  $56,2 \pm 9,2$  (38–68) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 3 пациентов, в левом фланге — у 3, в области ректо-сигмоидного соединения и в прямой кишке — у 6. Максимальный размер первичной опухоли в среднем составил  $6,8 \pm 1,6$  см, метастазы в лимфоузлы были выявлены у 4 (33,3%) пациентов. Резекция печени была произведена синхронно с операцией по поводу первичной опухоли у 6 (50%) пациентов. Одиночный метастаз при первой операции удалили у 5 пациентов, множественные в обеих долях печени — у 7 (41,6% и 58,4%, соответственно). Время до прогрессирования процесса в печени после первой операции составило  $21,5 \pm 30,6$  месяцев. Одиночный метастаз

при повторной операции удалили у 8 (66,6%) пациентов, при чём у 6 — в противоположной доле печени. У 4 пациентов множественные метастазы были выявлены в одной доле печени. Атипичную резекцию печени («метастазэктомия») произвели 5 пациентам, сегментарную резекцию — 3, бисегментэктомия — 2, трисегментэктомия — 1, гемигепатэктомия — 1. В анализируемой группе пациентов не было случаев послеоперационной летальности. Послеоперационные осложнения возникли у 3 пациентов (гематома в месте резекции печени — у 2, гидроторакс — у 1). Химиотерапию с применением 5-фторурацила провели 10 пациентам после первой

резекции печени и 9 — после повторной. В процессе динамического наблюдения у 6 пациентов выявили метастазы в легкие. Одногодичная выживаемость составила 83,3%, трехлетняя — 41,6%, и пятилетняя — 16,6%.

**Выводы.** Повторная резекция печени по поводу метастазов колоректального рака не приводила к существенному повышению показателей послеоперационных осложнений и летальности, и может быть рекомендована к выполнению у определенной категории пациентов. Пятилетняя выживаемость после повторных резекций составила 16,6%.

## ВЫБОР РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Барлыбай Р.А., Токсанбаев Д.С.,  
Чорманов А.Т., Баймаханов Ж.Б.

*Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан*

**Актуальность.** Альвеококкоз — исключительно коварное доброкачественное заболевание, характеризующееся, однако, «злокачественным» течением. При этой патологии отмечается высокая частота осложнений и летальность. Вследствие того, что на территории Казахстана существуют и до сих пор сохраняются отдельные эндемические очаги альвеококкоза, актуальным является вопрос выбора радикальных методов хирургического лечения.

**Цель исследования.** На основании анализа данных пациентов, пролеченных в ННЦХ им. А.Н. Сызганова, выбрать оптимальный вариант радикальных операций при альвеококкозе печени.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова в период 1996-2010 годы проходили обследование и лечение 102 больных с альвеококкозом печени и его различными осложнениями. Пациенты были госпитализированы из разных регионов Республики Казахстан, из них 9 больных поступили после проведенных неэффективных (эксплоративных) операций из других клиник.

Возраст больных колебался в пределах от 19 до 69 лет, из них пациенты молодого и трудоспособного возраста составили 76,5%. Мужчин было 38 (37,3%), женщин — 64 (62,7%).

Для диагностики использовали общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования, такие как УЗИ с дуплексным сканированием, КТ, МРТ, ангиография, ЧЧХС, диагностическая лапароскопия с биопсией и ИОУЗИ.

**Результаты.** Из всех госпитализированных больных по различным причинам (с тяжелыми

сопутствующими заболеваниями и осложнениями) без оперативного вмешательства были выписаны 16 (15,7%) больных. Остальным больным (84,3%) выполнили различного объема оперативные вмешательства.

Паллиативные операции выполнили 49 (56,9%) больным: эксплоративную лапаротомию произвели 9 больным; реканализацию, дренирование — 27; атипичные резекции печени с кускование и оставлением части паразитарной ткани (криодеструкция) выполнены 13 больным.

Радикальные резекции выполнены 37 (43,1%) больным: лобэктомия и резекцию сегментов печени выполнили в 5 случаях; правостороннюю и левостороннюю гемигепатэктомию — в 13 случаях, а также расширенную правостороннюю гемигепатэктомию — в 12 случаях; расширенную левостороннюю гемигепатэктомию с резекцией диафрагмы и магистральных сосудов — в 7 (18,9%).

Из госпитализированных 9 больных после проведенной первичной нерадикальной операции удалось выполнить радикальные обширные резекции печени у 4 (44,4%) больных.

Осложнения после радикальных операций (печеночная недостаточность, кровотечение, желчный перитонит, абсцесс) отмечены у 11 больных, что составило 29,7%. В послеоперационном периоде в 5 (13,5%) случаях отмечен летальный исход, причиной которого были: ОПН — в 2 случаях, кровотечение из культи печени и ДВС-синдром — в 2 и желчный перитонит — в 1 случае.

**Заключение.** С улучшением диагностики, в силу внедрения новых технологий, значительно расширились показания к радикальным операциям, замет-

но возросла операбельность больных и, особенно, резектабельность образований при альвеококкозе печени. Осложнения альвеококкоза с прорастанием

в магистральные сосуды и механическая желтуха в последние годы не являлись противопоказанием к выполнению радикальных резекций.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Сейсембаев М.А., Сахипов М.М., Токсанбаев Д.С., Чорманов А.Т., Миржакыпов А.Т.,  
Ауелов Н.У., Баймаханов Ж.Б

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Проблема хирургического лечения эхинококкоза печени, как в Центральной Азии, так и в Казахстане, остается высоко актуальной во всех регионах страны по сегодняшний день. Среди больных, которые подверглись оперативному вмешательству по поводу эхинококкоза печени, в отдаленные сроки нередко возникает рецидив заболевания. Лечение больных рецидивным эхинококкозом печени является трудной задачей. Оно включает повторное хирургическое лечение и послеоперационную антипаразитарную химиотерапию. Растущий поток пациентов с рецидивным эхинококкозом печени заставляет клиницистов искать радикальное решение проблемы с минимизацией риска рецидива болезни.

**Цель исследования.** Обоснование показаний к повторным оперативным вмешательствам при рецидивном эхинококкозе печени.

**Материалы и методы.** За период с 2003 по 2010 гг. в отделении хирургии печени выполнено 461 различных оперативных вмешательств по поводу эхинококкоза печени. Первичный эхинококкоз отмечен у 369 (80,4%) больных, рецидивный — у 92 (19,6%) пациентов. Представлен анализ результатов повторного хирургического лечения 92 больных с рецидивами эхинококкоза печени и его осложнениями. Неосложненная фор-

ма рецидивного эхинококкового поражения была отмечена у 38 (41,3%) больных, осложненная — у 54 (58,7%) больных. Одиночные кисты при рецидивном эхинококкозе печени наблюдали у 33 (35,8%) оперированных больных, множественные (2 и более) — у 59 (64,2%). Локализация кист в правой доле печени отмечена у 42 (45,7%) больных, в левой — у 28 (30,4%), множественное билобарное поражение без или в сочетании с топикой кист в других отделах брюшной полости и забрюшинного пространства — у 22 (23,9%) больных.

**Результаты.** Повторные вмешательства лапаротомным доступом были представлены открытыми эхинококкэктомиями с капитонажем остаточной полости у 78 (84,8%) больных. Резекционные вмешательства выполнены 14 (15,2%) больным: закрытая и открытая тотальная перицистэктомия выполнена — 5, субтотальная перицистэктомия — 2, левосторонняя кавальная лобэктомия — 3, комбинированные вмешательства на печени — 4 пациентам. Летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Малозначительный опыт резекционных вмешательств на печени с хорошими непосредственными результатами представляется показанием при повторных хирургических вмешательствах при рецидивном эхинококкозе печени.

## ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Третьяков А.А., Щетинин А.Ф., Петренко А.Г., Неверов А.Н., Бочкарев В.Н., Свойкин С.К.  
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,  
Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Дать сравнительную характеристику хирургического лечения эхинококкоза печени с использованием ультразвукового деструктора и классических методик.

**Материалы и методы.** Изучены результаты оперативного лечения 136 больных эхинококком печени: одиночные кисты имелись у 97 больных,

множественные — у 24, сочетанное поражение печени и легких — у 15. У 16 из этих больных были отмечены рецидивы эхинококкоза, из них оперированы ранее 1 раз 4 пациента, 2 раза — 8 больных, 3 и более раз — 4.

Наиболее частыми осложнениями эхинококковых кист были: нагноение — у 18 (13%), прорыв

кисты в желчные протоки — у 3 (2%), прорыв в бронхиальное дерево — у 2 (1,3%), обызвествление — у 14 (10,2%).

До 2006 года выполняли традиционные операции.

При краевом расположении кист выполняли клиновидную резекцию печени. В тех случаях, когда кисты занимали всю анатомическую долю печени, производили субтотальную перицистэктомию с капитонажем остаточной полости или тампонадой её большим сальником.

При инфицированных кистах, не сообщавшихся с желчеотводящими протоками, выполняли эхинококкэктомию или тампонаду полости кисты сальником и дренирование остаточной полости резиновой трубкой на 3-5 суток для введения антибиотиков.

При прорыве эхинококковых кист в желчные ходы эхинококкэктомию сочетали с тщательным ушиванием перфоративных отверстий желчных внутрипеченочных ходов, проводили всестороннее интраоперационное исследование желчных протоков (холангиографию, холедохоскопию), их санацию и наружное или внутреннее дренирование холедоха.

При прорыве эхинококковых кист в бронхи эхинококкэктомию сочетали с устранением желчно-бронхиального свища.

С 2006 года операции на печени выполняем с применением ультразвукового деструктора и ультразвуковых ножниц (Sonosа 300, фирмы Soring). С этого времени стал преобладать радикальный подход к удалению фиброзной капсулы паразитар-

ной кисты. Всего выполнено 28 эхинококкэктомий с применением ультразвукового деструктора, в том числе 10 пациентов оперированы по поводу рецидивирующего эхинококкоза печени. Больным с рецидивными формами эхинококка выполняли различные по объему радикальные операции — лобэктомию, билобэктомию, гемигепатэктомию и перицистэктомию.

**Результаты.** Применение ультразвукового деструктора при радикальных операциях на печени позволило снизить число осложнений. Рецидивы эхинококка отсутствовали. Реактивный плеврит возник у 2 больных, нагноение раны — у 2.

В то же время, при традиционных операциях наиболее частыми осложнениями были такие как: нагноение остаточной полости, инфицирование подпеченочного и поддиафрагмального пространств, инфицирование раны. У 3 больных возникли рецидивы эхинококка, в том числе у 2 пациентов, оперированных по поводу этого осложнения.

**Заключение.** При выборе способа оперативного вмешательства необходимо учитывать размеры, локализацию кисты и форму возможных осложнений.

Наличие современной аппаратуры и опытного специалиста, владеющего технологиями резекции печени, является необходимым условием. При наличии этих условий предпочтение следует отдавать радикальным вмешательствам, особенно у больных с рецидивными формами эхинококка.

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПЕЧЕНИ

Третьяков А.А., Петренко А.Г., Щетинин А.Ф., Неверов А.Н.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

**Цель исследования:** изучение результатов хирургического лечения и эмболизации печеночной артерии при гемангиомах печени, уточнение показаний и противопоказаний к этим методам лечения и повторным операциям.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 98 больных с гемангиомами печени, из них оперировано 43, эмболизация печеночной артерии и ее ветвей выполнена 13 пациентам (у 3 дважды). На диспансерном наблюдении находится 42 пациента, у них осуществляется динамическое наблюдение за размерами опухоли. У 29 больных имелось изолированное поражение правой доли печени, у 11 — левой. В 2 случаях имелась прикрытая перфорация опухоли, в 3 — инфицирование гемангиомы, у 3 возникла гемобилия, что потребовало срочного оперативного лечения (выполнили

левостороннюю гемигепатэктомию и резекцию IV сегмента печени).

Всего оперировано 43 больных, 40 из них выполнены различные по объему резекции печени, в том числе 5 больным по поводу рецидива гемангиомы. В 3 случаях гемангиомы были прошиты асептической иглой. Трисегментэктомию произвели 9 больным, бисегментэктомию — 31. Бисегментэктомию при поражении II-III сегментов выполнили в 11 случаях, IV-V сегментов — у 9 пациентов, V-VI сегментов — у 8, VII-VII сегментов — у 3 больных. Трисегментэктомию при поражении IV, V, VI сегментов выполнили у 4 пациентов, поражении V, VI, VII сегментов — у 5 больных.

При оперативном лечении гемангиом печени использовали различные способы резекции — фис-



суральный, анатомический и атипичный с наложением гемостатических П-образных швов. С 2006 года при выполнении резекции печени пользуемся ультразвуковым деструктором.

**Результаты.** Среди осложнений в послеоперационном периоде реактивный плеврит отмечен у 5 больных, инфицирование раны — у 7, у 1 больного длительное время существовал гнойный свищ поддиафрагмального пространства. Летальных исходов не было. У 2 больных в постэмболизационном периоде спустя 6 месяцев при контрольном УЗИ отмечен рост гемангиоматозного узла, в связи с чем выполнили повторную ангиографию. Была выявлена реканализация окклюзированного участка и хорошее кровоснабжение гемангиом, в связи с чем произвели повторную эмболизацию. Рецидив гемангиом возник у 2 больных после резекции печени, у 1 — после прошивания П-образными швами.

Наши взгляды на необходимость оперативного лечения гемангиом печени модифицировались с накоплением опыта. В 90-х годах оперировали больных с гемангиомами более 5 см в диаметре при наличии минимальной симптоматики. В последние годы мы ограничили показания к операции и выставляем их только в следующих случаях: при быстрорастущих и осложненных гемангиомах диаметром от 7-8 см и более; при невозможности исключения злокачественного процесса; при краевой и подкапсульной локализации.

**Заключение.** Показания к оперативному лечению гемангиом печени можно ограничить. Условием отказа от оперативного вмешательства следует считать полную уверенность в диагнозе гемангиомы и постоянный УЗИ-мониторинг с частотой осмотра не реже 2 раз в год. Применение новых технологий в хирургии печени позволяет стереть грань между атипичными и анатомическими резекциями печени.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Третьяков А.А., Петренко А.Г., Неверов А.Н., Щетинин А.Ф.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Оптимизировать хирургическую тактику при непаразитарных кистах печени на основе изучения результатов различных способов лечения.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 56 больных с непаразитарными кистами печени. Солитарные кисты были у 48, множественные — у 5, поликистоз печени и почек — у 3 пациентов. У 5 пациентов, оперированных ранее в других лечебных учреждениях области, имелись рецидивы кист. У 4 из этих больных выявили наружные свищи, сообщавшиеся с инфицированной полостью.

У 4 пациентов с кистами небольших размеров (5-7 см) успешно применили пункционные методы лечения, у 5 с большими и гигантскими инфицированными кистами пункционный метод явился предварительным (после купирования воспалительного процесса в кисте больные были радикально оперированы).

В 12 случаях краевого расположения кист была произведена клиновидная резекция печени, перикистэктомия — в 13, иссечение выступающей над поверхностью печени стенки кисты с ультразвуковой обработкой остающихся стенок и тампонадой остаточной полости сальником — в 20. У 5 больных с большими одиночными кистами правой доли (>20 см), 3 из которых ранее 5 и 7 раз были опериро-

ваны, выполнили гемигепатэктомию с использованием ультразвукового деструктора.

У 2 больных с поликистозом обеих половин печени выполнили атипичную резекцию наиболее измененных VII-VIII сегментов. Остальные кисты небольших размеров были вскрыты, стенки их обработаны ультразвуком.

Применение ультразвукового деструктора при первичной операции позволяет полностью иссекать стенки кисты в виде перикистэктомии, при повторной — произвести резекцию печени вместе с фиброзированными стенками кисты. Полное иссечение стенок кисты является надежной профилактикой оставления нераспознанной цистаденомы или цистаденокарциномы, а также формирования остаточной полости и наружного свища.

Морфологически в 80,1% наблюдений кисты были истинными и имели эпителиальную выстилку, в 12,1% — ложными, в 2,1% наблюдений диагностировали цистаденомы. Осложненные кисты были диагностированы у 7 больных (в 5 случаях было нагноение кист, у 2 — кровоизлияние в полость кисты). Связь полости кисты с желчными протоками была выявлена в 2 случаях. Диаметр кисты был 5 см у 3 пациентов, от 5,0 до 10,0 см — у 42, от 10 до 25 см — у 7, превышал 25-30 см — у 4 больных.

**Результаты.** Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 6 больных: серозно-фи-

бринозный плеврит, наружный гнойный свищ, нагноение операционной раны. У 2 больных через 8 месяцев после операции возник рецидив кисты, по поводу чего больные были повторно радикально оперированы.

Таким образом, способы лечения непаразитарных кист печени зависят от их размеров и локализации. При краевом расположении необходимо от-

давать предпочтение клиновидной резекции печени или перикистэктомии.

При кистах больших размеров ( $>8,0$ ), рецидивных, многокамерных и цистаденомах наиболее оптимальным методом оперативного лечения является резекция печени. При тотальном или почти полном поражении анатомической половины печени показаны лобэктомия или гемигепатэктомия.

## О ПУНКЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

**Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Бакиров С.Х., Шамсиев Р.Э.**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение результатов минимально инвазивного лечения солитарных кист печени.

**Материалы и методы.** Было пролечено 532 больных с кистами печени. Возраст больных варьировал в пределах от 43 до 87 лет. Мужчин было 16,7%, женщин — 83,3%. В левой доле кисты располагались у 58,5% пациентов, у остальных в правой доле. Причем наиболее часто в третьем сегменте 166 (31,2%), во втором — у 142 (26,6%), в пятом — у 87 (16,3%), в седьмом — у 74 (13,9%)%. При изучении анамнеза было установлено, что у 9,3% больных наблюдали семейный характер заболевания. С поликистозом и множественной локализацией (в почках и печени) было 176 (13,1%) пациентов.

**Результаты.** Всем больных проводили пункцию кисты под ультразвуковым наведением. Объем удаляемого содержимого варьировал от нескольких миллилитров до 1,5 литров. Полость кисты заполняли спиртовым раствором. Серьезных осложнений при выполнении манипуляции не было. В 36 (2,6%) случаях было кровотечение в полость кисты, которое было устранено путем этапной пункции. При осложненных кистах (нагноение и крово-

течение) (164 случая) пункцию полости выполняли в качестве подготовки к основному этапу, а окончательное пункционное лечение выполняли через 1 месяц. При поликистозе количество пунктированных кист в ряде случаев достигало 20. При множественной локализации производили одномоментную пункцию кист печени и почек. При больших кистах (более 5 см) выполняли этапное пункционное лечение, в зависимости от течения процесса — через 6 месяцев, 1 год и 1,5 года. Это было необходимо, поскольку при больших размерах кисты, а также длительном анамнезе наступала гидратация и воспалительные изменения стенок. Рецидивы при кистах печени возникли в 34 (6,1%) случаях и были связаны с краевым расположением кист, а также при нагноениях и кровотечениях в полость. При длительном наблюдении за данным контингентом больных у ряда из них потребовалось оперативное вмешательство: лапароскопическую пункцию кист произвели 12 (0,9%) больным, открытую операцию — 56 (4,1%) больным.

**Выводы.** При активном проведении диспансеризационной работы, плановой пункционной санации кист необходимость в проведении открытых и лапароскопических операций значительно снижается.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ХОРЕЗМСКОГО ОБЛОНКОДИСПАНСЕРА

**Худайкулов Т.К., Палванов Т.М., Эгамов И.М., Худайкулов А.Т.**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Клинико-статистические данные свидетельствуют о продолжающемся росте заболеваемости раком печени. Внедрение в последние годы высокоинформативных методов диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ, пункционная биопсия под УЗ-контролем позволяют диагностировать опухоль даже небольших размеров при отсутствии каких-

либо клинических проявлений. Информация, полученная на основе данных УЗИ и КТ с прицельной биопсией опухоли позволили получить морфологическую верификацию процесса в печени в 94-96%. На сегодняшний день основным методом лечения очаговых поражений печени является резекция печени.

Проанализированы результаты резекций печени (РП) различного объема при очаговых поражениях печени у 37 больных. Средний возраст больных составил 56 лет. Мужчин было — 24, женщин — 13. Критерием операбельности и резектабельности служили отсутствия поражение элементов portaльных и каваальных ворот печени, отдаленных метастазов, а также неудаляемых регионарных метастазов.

Показаниями РП служили злокачественные опухоли у 30 (81,1%), гемангиомы — у 4 (10,8%), доброкачественные опухоли с подозрением на малигнизацию — у 3 (8,1%) пациентов.

Выполнено: левосторонних гемигепатэктомий — 13, трисегментэктомий — 4, бисегментэктомий — 7, краевых резекций — 13. При краевом расположении очагов поражений печени и их доброкачествен-

ном характере, РП выполняли атипичным способом. Для выполнения РП использовали первичное лигирование сосудов, фиссуральный метод, сочетание обоих методов. Локализация и размеры опухоли имели определяющее значение в выборе типа РП. Использовали следующие способы рассечения паренхимы: ультразвуковой, сшивающий аппарат и дигитоклазию. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (10,8%) пациентов (пиелонефрит — 2 и парез кишечника — 2). Послеоперационная летальность не отмечена.

Таким образом, полученные результаты хирургического лечения больных с опухолями свидетельствуют о возможности выполнения радикальных операций (продлении жизни и улучшения ее качества у определенной части пациентов).

## ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В.,  
Цуркан В.А., Чеченин Г.М., Иванова Н.А., Досханов М.О.

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с метастатическим колоректальным раком (КРР) печени.

**Материалы и методы.** За период с июля 2007 по май 2011 года в клинике находились на лечении 63 больных в возрасте от 42 до 82 лет (мужчин — 29, женщин — 34) с метастатическим КРР печени. Множественные метастазы были у 48 (76,2%) пациентов, поражение печени опухолевым процессом более 50% (N3 по Cennari) было у 29 (46%) больных.

У 48 (76,2%) больных применили этапный способ лечения. Анатомические резекции печени выполнили 21 (43,8%) больному (правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) — 9, расширенная ПГГЭ — 2, левосторонняя гемигепатэктомия — 3, ПГГЭ + атипичная резекция (АР) левой доли печени — 7), в послеоперационном периоде лечение дополнили химиоэмболизацией (ХЭ) ветви печеночной артерии контралатеральной доли. АР 12 (25%) + ХЭ поочередно ветвей печеночной артерии. У 5 (10,4%) больных (ПГГЭ — 3 и АР — 2) лечение дополнили радиочастотной аблацией (РЧА) одиночного метастаза в остающейся ткани печени, а в послеоперационном периоде — ХЭ. В течение 7-14 месяцев после первой операции повторно оперированы 7 (14,6%) больных: анатомическая резекция (5), затем АР; анатомическая резекция (2), затем РЧА под контролем УЗИ. С

целью викарной гипертрофии левой доли печени 3 (6,3%) пациентам выполнили химиоэмболизацию правой ветви воротной вены с последующим радикальным оперативным лечением: расширенная ПГГЭ — 1; ПГГЭ — 1; АР — 1. Этим больным, также, провели ХЭ, либо химиоинфузию в общую печеночную артерию.

**Результаты.** Послеоперационная летальность составила 4,2% (2): в одном случае на 7-е сутки после операции от острого инфаркта миокарда, в другом — на 14-е сутки от прогрессирования полиорганной недостаточности. У 6 (12,5%) больных отмечены специфические осложнения: желчеистечение по страховым дренажам — 1; осумкованные жидкостные скопления в области резецированного края печени — 2; печеночная недостаточность с выраженной энцефалопатией — 2; лимфоррея — 1.

У больных, которым выполняли РЧА, в послеоперационном периоде отмечен постаблационный синдром легкой и средней степени тяжести.

При выполнении селективной эндоваскулярной химиотерапии отмечены два осложнения: гематома в области пункции бедренной артерии и аллергическая реакция на химиопрепарат. Постэмболизационный синдром отмечен во всех случаях, хотя выраженных проявлений его не было.

За отчетный период однолетняя выживаемость составила 100%, трехлетняя — 64,3%.

**Заключение.** Этапное лечение больных с метастатическим КРР печени, включающее сочетание резекционных способов, радиочастотную абляцию,

селективную эндоваскулярную химиотерапию, позволяет улучшить непосредственные результаты и добиться увеличения выживаемости.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Ишимов Ш.С.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

**Актуальность.** Заболеваемость эхинококкозом остается высокой и не имеет тенденции к снижению.

**Цель исследования.** Оптимизировать тактику лечения эхинококкоза у детей.

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии за период с 1974 по 2009 гг. на стационарном лечении находились 279 детей с эхинококкозом печени, из них изолированное поражение печени выявлено у 229, сочетанное (печени и легкого) — у 36, печени с другими органами — у 14 детей. Осложненный эхинококкоз печени наблюдали у 39 (14,0%) больных.

**Результаты.** Выбор тактики лечения определяли в зависимости от стадии заболевания и размеров паразитарных кист.

Консервативное лечение проведено 15 (5,4%) пациентам с эхинококковыми кистами размером до 40 мм.

Видеолапароскопическую эхинококкэктомию выполнили 86 (30,8%) пациентам с эхинококковыми кистами малых и средних размеров (до 100 мм), расположенными поверхност-

но. Традиционную эхинококкэктомию — 178 (63,8%) пациентам.

Операции выполняли со строгим соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности. Резекционные методы в лечении эхинококкоза печени не применяли. В ближайшем послеоперационном периоде повторных хирургических вмешательств не было. Повторные операции провели по поводу рецидива у 11 (4%) больных, ложной кисты — у 8 (2,9%). С внедрением профилактической противопаразитарной химиотерапии рецидивы не наблюдали.

**Выводы.** 1. В педиатрической практике приоритетными являются консервативные и щадящие методы лечения. Противопаразитарная химиотерапия может быть основным методом в лечении детей с эхинококковыми кистами малых размеров. 2. Видеолапароскопические операции и традиционные эхинококкэктомии необходимо выполнять с соблюдением принципов паразитарной хирургии. 3. Профилактическая химиотерапия предотвращает риск рецидива.



## IV. ДРУГИЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ЕГО ДИСТАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

**Актуальность.** Дистальная обструкция билиарного тракта, при которой показана двухэтапная тактика лечения, в основном обусловлена наличием периампулярных опухолей. Выбор доступа декомпрессии билиарного тракта, во многом зависит от степени вовлечения в опухолевый процесс внепеченочных желчных путей.

**Цель исследования.** Оценка эффективности различных доступов для декомпрессии билиарного тракта при его дистальной опухолевой обструкции.

**Материалы и методы.** Представлен результат первого этапа лечения 136 (72 мужчин и 59 женщин) больных с синдромом механической желтухи, вызванный периампулярной опухолью. Для определения уровня обструкции билиарного тракта использовали: эхотомоскопию и КТ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Характерными признаками дистальной обструкции билиарного тракта явились: крупный желчный пузырь, дилатированный гепатикохоледох, расширенные внутрипеченочные желчные протоки и наличие образования в периампулярной зоне.

Декомпрессию билиарного тракта проксимальным доступом (чрескожная чреспеченочная холангиостомия) провели в 37 (27,2%) наблюдениях, центральным доступом (холецистостомия) в — 93 (68,4%), дистальным доступом (эндоскопическое стентирование терминального отдела холедоха) — в 6 (4,41%). При проксимальном доступе наружное дренирование выполнили 26 (70,3%) пациентам, наружно-внутреннее — 11 (29,7%). Для этого использовали комплект инструментов для дренирования желчных протоков фирмы «Cook».

В послеоперационном периоде для профилактики синдрома «быстрой декомпрессии» всем больным

комплекс медикаментозной терапии был дополнен внутривенным ведением реамберина (400,0 мл 1 раз в сутки) и эссенциале (5,0 мл) или гептрала (1 раз в сутки в дозе 400 мг), а также танерита (100 мг 2 раза в сутки).

**Результаты.** Технический успех в выполнении декомпрессии билиарного тракта проксимальным доступом достигнут в 35 (94,5%) наблюдениях. Декомпрессия была неадекватна в 2 (5,5%) случаях, этим больным выполнили внутреннее дренирование билиарного тракта путем формирования билиодигестивных анастомозов при широкой лапаротомии. При центральном доступе неэффективность декомпрессии отметили в 4 (42%) наблюдениях. Она была обусловлена нарушением проходимости по пузырному протоку вследствие прорастания устья пузырного протока опухолевым процессом. Всем 4 пациентам провели перкутанное чреспеченочное наружное дренирование билиарного тракта. При эндоскопическом стентировании дистального отдела холедоха осложнений не отметили.

Синдром «быстрой декомпрессии» билиарного тракта развился у 2 пациентов. Во всех наблюдениях достигли разрешение холестаза. В ближайшем послеоперационном периоде рецидив желтухи составил 0%.

**Выводы.** Наиболее простым и щадящим методом декомпрессии билиарного тракта для тяжелой категории больных с дистальной обструкцией билиарного тракта является центральный доступ (холецистостомия из мини доступа). Однако при этом необходимо убедиться в 100% проходимости пузырного протока путем выполнения интраоперационной холецистохолангиографии.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Б.А., Гандев Ш.Х., Арыбжанов Д.Т., Налибаев А.Н.

Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан,  
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Разработка ускоренной модели развития цирроза печени (ЦП) с синдромом портальной гипертензии (ПГ) и оценка результатов хирургической декомпрессии портального кровотока у экспериментальных животных с применением инфузионной порт-системы Celsite®.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования у 38 беспородных собак обоего пола (весом 15-35 кг) моделировали ЦП. Проведены 3 серии экспериментов для получения ЦП: I серия (14 животных) — путем подкожного введения 40% раствора четыреххлористого углерода в подсолнечном масле из расчета 2,0 мл/кг два раза в неделю в течение 3 месяцев; II серия (11 животных) — сужением полых вен проксимальнее впадения печеночных вен и обтурацией устьев печеночных вен; III серия (13 животных) — эмболизация ветвей воротной вены, с перевязкой печеночных вен и введением четыреххлористого углерода.

Затем у 12 собак провели хирургическое вмешательство с имплантацией инфузионной порт-системы Celsite® фирмы B/Waun. Через порт устройства в течение суток проводили забор крови из системы воротной вены в объеме 0,8-1,2 л с последующей ее реинфузией в подключичную вену, следовательно создавали декомпрессию в бассейне портальной вены.

**Результаты.** После экспериментального моделирования цирроза печени каждые 3-5 сутки в течение 1 месяца животным под контролем УЗИ производили трепанобиопсию печени (при помощи трепана, диаметром иглы G-18). Анализированы 144 гистологических материала, где у 95,6% экспериментальных животных III серии на 17-21 сутки верифицировали изменения, характерные для центрлобулярного некроза печени с переходом в цирроз. Начиная с 2-3 суток подключения порт-системы отметили регресс явлений ПГ до  $183,4 \pm 22,9$  мм. вод. ст. с постепенным снижением и стабилизацией показателей портальной гемодинамики до  $157,4 \pm 26,5$  мм. вод. ст. на 5-6 сутки и некоторое улучшение общего состояния животных.

**Заключение.** Проведенные исследования доказали возможность моделирования ЦП в эксперименте по ускоренной методике путем эмболизации ветвей воротной вены в комбинации с дополнительной перевязкой печеночных вен и введением четыреххлористого углерода. Применение полностью имплантируемой инфузионной порт-системы фирмы B/Waun является малоинвазивным и эффективным методом лечения декомпенсированных форм экспериментального цирроза печени, выполнение при котором объемных, полостных вмешательств невозможно и неоправданно.

## ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕДУКЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Б.А.

Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан,  
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Оценка результатов и определение эффективности эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в сочетании с полностью имплантируемой инфузионной порт-системой (ИПС) Celsite® в коррекции портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов коррекции ПГ у 75 больных ЦП. При этом 41 (54,7%) пациенту произвели имплантацию ИПС Celsite: 1-я группа — в изолированном ва-

рианте (22 (53,7%)), 2-я группа — после превентивной редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (19 (46,3%)). У 34 (45,3%) больных произвели традиционное портосистемное шунтирование (ПСС) — из них у 18 (52,9%) наложили спленоренальный анастомоз (СРА) в различных вариантах (3-я группа) и у 16 (47,1%) — ПСС после предварительной ЭСА (4-я группа).

Нами разработан метод портокавального шунтирования при ЦП с синдромом ПГ. При этом под

местной анестезией производят лапароскопию с катеризацией мезентериальной вены путем венесекции с последующей установкой полностью имплантируемой инфузионной венозной порт-системы фирмы В/Braun [Патент №2410038 РФ]. При этом рабочий порт устройства имплантировали в подкожную клетчатку с фиксацией к коже живота за манжетку и размещением на основании ребер. В последующем к порт-системе подключали систему для трансфузии одноразового пользования, проведенную через инфузомат Braun FMS, венозный конец которой подсоединяли в одну из вен бассейна верхней полой вены. Аутогемореинфузию проводили со скоростью 3-5 мл в минуту (при необходимости доводя до 8-10 мл), дробно, дозированно — по 300-500 мл, ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л, с интервалом в 5-15 мин для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения введенной крови. Курс лечения состоит из 7-10 аутогемореинфузий, при необходимости (сохранения гипертензии в портальном русле) его повторяют до 3-5 раз с недельным интервалом. Инфузионные венозные порт-системы имплантировали в среднем сроком на 5-7 месяцев, максимальной срок прослежен до 28 месяцев.

**Результаты.** Эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения вариконо расширенных вен пищевода и желудка, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма. Портальное давление (ПД) после ЭСА снизилось с  $398,8 \pm 12,5$  мм. вод. ст. до  $311,6 \pm 19,3$  мм. вод. ст., после

СРА — до  $241,4 \pm 8,45$  мм. вод. ст. У больных, перенесших операцию наложения СРА без предварительной ЭСА, портальное давление снизилось с  $404,7 \pm 12,2$  мм. вод. ст. до  $284,8 \pm 18,6$  мм. вод. ст. При имплантации ИПС отмечали снижение ПД с  $402,2 \pm 16,7$  мм. вод. ст. до  $192,9 \pm 15,8$  мм. вод. ст. В группе больных перенесших имплантацию ИПС с превентивной ЭСА ПД снизилось с  $400,8 \pm 11$  до  $315,6 \pm 13,4$  мм. вод. ст., после ИПС до  $158,3 \pm 16,5$  мм. вод. ст. ( $p < 0,05$ ).

Данные больных во 2-ой группе отличаются заметно меньшим числом послеоперационных осложнений. Наилучшие результаты отмечены в группе больных, где провели имплантацию ИПС в сочетании с ЭСА.

**Выводы.** Комбинированное применение методов ЭСА с имплантацией ИПС является эффективным способом портодекомпрессии и надежным методом профилактики возникновения кровотечения. Применение комбинации этих методов позволяет достичь эффективного гемостаза и выиграть время для принятия решения радикального способа коррекции синдрома ПГ у больного ЦП — ортотопической трансплантации донорской печени. Минимальная инвазивность и травматичность делает этот вид шунтирования особо привлекательным при решении вопросов портальной декомпрессии у больных ЦП. Имплантация ИПС также оправдана в тех ситуациях, когда больному ЦП с ПГ противопоказана ортотопическая трансплантация донорской печени, а проведение ПСШ невозможно по ряду причин.

## РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИНИИНВАЗИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В КОРРЕКЦИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т.

Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан,  
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение и определение эффективности использования эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в комбинации с полностью имплантируемой ППС Celsite® в лечении диуретикорезистентного асцита (ДРА) у больных ЦП.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов коррекции ДРА у 30 больных ЦП, при этом 16 (53,3%) пациентам произвели имплантацию ППС Celsite с превентивной редукцией кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (1-я группа) и 14 (46,7%) выполнена имплантация ППС Celsite в изолированном варианте

(2-я группа). В 1-й группе из 16 больных ЦП, которым выполнили ЭСА, 3 больных по классификации Чайлда в модификации Г.В. Манукьяна и А.Г. Шерцингера относились к группе В, 6 — к В-С, 7 — к группе С. В результате проведенной ЭСА из 7 больных группы С 4 на фоне относительной стабилизации процесса перевели в группу В-С. Во 2-й группе больных к группе В относились 4, к В-С — 7, к группе С — 3. Показанием к вмешательству явилось наличие напряженного асцита, не поддающегося консервативной терапии в течение более 8-12 месяцев. Мужчин было 21, женщин — 9. Имплантацию ППС проводили под

местной анестезией. При этом катетер порта вводили в брюшную полость через разрез на передней брюшной стенке. Рабочий конец катетера направляли к левой подвздошной ямке с фиксацией к прямой мышце живота за манжетку и затем проводили к порту, размещенному на основании ребер. В последующем к порт-системе подключали систему для трансфузии одноразового пользования, проведенную через инфузомат «Braun FMS», венозный конец которой соединяли с подключичной веной. Реинфузию асцитической жидкости проводили со скоростью 15-20 мл в 1 мин, дробно по 500-700 мл с интервалом в 5-7 мин, для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения введенной жидкости. Аутоасцитореинфузию осуществляли ежедневно, в объеме 1,5-2,5 л, дробно, дозированно с учетом общего состояния и показателей гемодинамики больных [Патент №2368396 РФ].

**Результаты.** В анализируемой группе эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения варикозно расширенных вен пищевода и желудка, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма. Серьезных осложнений связанных с

проведением ЭСА не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали уменьшение окружности живота со  $116 \pm 14$  до  $94 \pm 11$  см. При этом первоначально отметили увеличение суточного диуреза с  $590,0 \pm 120,0$  мл до  $1,2 \pm 0,4$  л после ЭСА и до  $2,3 \pm 0,4$  л после имплантации ППС с ЭСА (1-я группа) и с  $620,0 \pm 110,0$  мл до  $2,2 \pm 0,4$  л после изолированной имплантации ППС (2-я группа).

Средний срок функционирования ППС составил  $8,4 \pm 1,9$  месяцев, максимальный срок прослежен до 28 мес. В различные сроки отдаленного послеоперационного периода повторно госпитализировано и обследовано 23 (54,8%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде летальный исход имел место у 1 больного 2-й группы после имплантации ППС в изолированном варианте.

**Выводы.** ЭСА и ППС в результате комбинации превентивной реконструкции гепатопортальной гемодинамики в виде регресса портального давления, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма, улучшения клинико-лабораторных показателей, с последующей дробной, дозированной асцитореинфузией позволяет достичь наиболее устойчивого положительного результата в коррекции ДРА у больных ЦП.

## РОЛЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Агапов К.В.<sup>1</sup>, Егоров М.С.<sup>1</sup>, Дзугоева Ф.А.<sup>2</sup>, Шутов А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», Москва,

<sup>2</sup>ФГУЗ «Клиническая больница № 119 Федерального медико-биологического агентства», Химки, Россия

**Цель исследования:** оценить значение данных спиральной компьютерной томографии (СКТ) и МРТ в выборе лечебной тактики при остром панкреатите.

**Материалы и методы.** Обследовано 43 больных острым панкреатитом находившихся на лечении в ФГУЗ Клиническая больница №119 ФМБА России с 2009 по 2010 гг. Из общего числа больных выделили две группы. В первой группе основным диагностическим методом, определявшим лечебную тактику, являлась спиральная компьютерная томография (СКТ), а во второй — магнитно-резонансная томография (МРТ). Лечебная тактика в обеих группах основывалась на значениях КТ и МРТ — индексов Balthazar.

**Результаты.** В первой группе, где выполняли СКТ, отечную форму острого панкреатита (ОП)

выявили у 10 больных (КТ-индекс от 0 до 3 баллов), в то время как у 13 больных (КТ-индекс от 4 до 10 баллов) выявили панкреонекроз (ПН). Во второй группе, где тактику лечения определяли на основании данных МРТ, больных с отечной формой ОП (МРТ-индекс от 0 до 3 баллов) выявили 9, а больных с ПН (МРТ-индекс от 4 до 10 баллов) — 11.

Лечение больных проводили поэтапно. На каждом этапе применяли три метода лечения: 1 — дренирование отдельных жидкостных скоплений под контролем ультразвукового исследования; 2 — лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости; 3 — «полуоткрытые» и «открытые» дренирующие операции. При значениях КТ- или МРТ-индекса по шкале Balthazar от 0 до 3 баллов на первом этапе проводили консервативную тера-



пию. При значениях индексов от 4 до 7 баллов на первом этапе применяли пункционные методы дренирования под УЗ-контролем. Если индексы по шкале Balthazar находились в пределах от 7 до 10 баллов, то на первом этапе лечения выполняли «полуоткрытые» или «открытые» дренирующие операции. Средние сроки госпитализации в первой группе составили  $15,4 \pm 8,2$  суток, а во второй

группе —  $20,5 \pm 16,0$  суток. Летальных исходов в первой группе не зарегистрировано, в то время как во второй группе летальность составила 5%.

**Заключение.** КТ- и МРТ-индексы по шкале Balthazar позволяют оценить состояние больного, определить тактику лечения при остром панкреатите и улучшить непосредственные результаты лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Ли Э.А.

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

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

**Материалы и методы.** В 2005 — 2011 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи находились на лечении 22 больных с врожденной кистозной трансформацией холедоха (ВКТХ) в возрасте от 2 месяцев до 14 лет.

Диагноз патологии гепатобилиарной системы во всех случаях был установлен до операции. Диагноз верифицировали на основании оценки клинических симптомов и данных специальных методов обследования (УЗИ, МРТ, МСКТ с контрастированием, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ)).

**Результаты и обсуждение.** Всем детям провели обследование согласно утвержденному стандарту. Принципиально важно начинать обследование с менее инвазивных методов. Как правило, первоначально выполняется УЗИ. Далее МСКТ и МРТ, как более информативные методы исследования. При необходимости возможно выполнение МРТ (МРХПГ) и МСКТ с введением контрастного вещества, что в некоторых случаях позволяет получить дополнительную информацию.

УЗИ гепатобилиарной зоны выполнили всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 13 (59%) пациентов.

МСКТ и МРТ (МРХПГ) при неубедительных данных УЗИ выполнили 18 (81,9%) пациентам. Кистозные расширения внепеченочных желчных протоков на компьютерных томограммах представляли собой объемные полостные образования диаметром от 5,2 до 10,6 см с ровными четкими контурами. Стенки полости были толщиной 2-3 мм. При сложной трактовке происхождения

обнаруженных кист производили контрастирование желчных путей.

Наши данные показывают, что МСКТ и МРТ с холангиографией имеет большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы с высокой информативностью.

Одним из методов диагностики патологии гепатобилиарной системы у детей является ЭРХПГ. Она позволяет определить распространенность внутри и внепеченочного поражения желчных ходов при точной сохранности проходимости дистальной части общего желчного протока. В то же время при ее проведении может произойти инфицирование желчевыводящих путей и панкреатического протока с развитием холангита и панкреатита.

22 детям выполнили следующие вмешательства: наложили супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз в 4 (18%) случаях; резекцию кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки — в 5 (23%) случаях; кистодуоденоанастомоз — в 1 (4,5%) случае; наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха) — в 1 (4,5%); резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки — в 11 (50%) случаях.

Минимальный срок катамнестического наблюдения составил 3 месяца. Максимальный срок послеоперационного наблюдения — 5 лет. Состояние детей удовлетворительное.

**Выводы.** 1. Своевременное распознавание врожденного расширения общего желчного протока представляет значительные трудности. Решающее значение в диагностике и определении показаний к операции имеет сопоставление клинических и инструментальных данных (УЗИ, МРТ с холангиографией, ЭРХПГ) исследований. 2. Учитывая

то, что нельзя исключить малигнизацию кист холедоха в последующем, радикальной операцией при кистах внепеченочных желчных протоков считаем

резекцию измененных участков с формированием функционально полноценного билиодигестивного анастомоза.

## РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ РЕЦИПИЕНТАМ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТИТОМ В И С

Алиханов Р.Б., Chen C-L., Wang C-C., Wang S-H., Lin C-C., Liu Y-W., Concejero A.M.,  
Yap A.Q., Dityajyoti B.D, Tan T'-J.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия,  
Chang Gung Memorial Hospital-Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung, Taiwan

*Целью исследования* была оценка выживаемости и результатов родственной трансплантации печени у больных в группе с коинфекцией гепатитов В и С в сравнении с выживаемостью у пациентов с моноинфекцией гепатитов В или С.

*Материалы и методы.* В период времени с июля 2003 по июль 2009 гг. было оперировано 256 пациентов с терминальными заболеваниями печени вследствие вирусного ее поражения. Всем пациентам выполнили трансплантацию печени от живого донора. Среди них были: 20 пациентов (группа 1) с сочетанным поражением вирусами В и С (мужчин — 16; женщин — 4); 60 пациентов (группа 2) с моноинфекцией гепатита С (мужчин — 32; женщин — 28); 176 пациентов (группа 3) с моноинфекцией гепатита В (мужчин — 165; женщин — 11). Средний возраст больных составил 51 год (14-67 лет). Гепатоцеллюлярный рак в группе 1 был у 13 (65%) пациентов, в группе 2 — у 29 (48,3%) пациентов, в группе 3 — у 90 (51,1%) пациентов. Все пациенты с гепатитом В получали профилактическую стандартную противовирусную терапию. При рецидиве гепатита С проводили лечение Pegylated interferon и ribavirin.

*Результаты.* В группе 1 рецидив гепатита В возник у реципиентов в 8,3% случаев. Выживаемость в группе 1 через 6 месяцев, 1 год и 5 лет составила 91,7%, 90,7%, и 83,3%, соответственно.

В группе 2 после трансплантации 50% реципиентов были анти-HCV позитивными и в 16,7% HCV RNA позитивными. Один пациент умер через 4 месяца после трансплантации от интраабдоминальной инфекции. Один пациент умер через 3,3 года от колоректального рака. Выживаемость через 6 месяцев, 1 год и 5 лет составила 91,7%, 90,7%, и 83,3%, соответственно.

В группе 3 HBV-инфекция рецидивировала в 2,2% случаев после трансплантации. Ни один пациент не был HBV DNA позитивным. Один пациент умер через 2 месяца после трансплантации от инфаркта миокарда. Выживаемость через 6 месяцев, 1 год и 5 лет составила 90,5%, 90,5%, and 87,3%, соответственно.

Во всех трех группах пациентов ( $p < 0,55$ ) выживаемость не отличалась.

*Заключение.* Коинфекция гепатитов В и С у пациентов с терминальными заболеваниями печени не влияет на выживаемость после родственной трансплантации печени.

## НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Аллаберганов О.Т., Таджикибаев О.Б., Бабаджанов М.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Под наблюдением находились 114 больных с гнойным холангитом. Проанализирован опыт проведения антибактериальной терапии. Взяты пробы отделяемого из холедоха через дренажные трубки. Чувствительность выделенных микроорганизмов определяли методом дисков к наиболее часто используемым в хирургии желчевыводящих путей антибиотикам. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде у больных определяется

длительностью заболевания, характером интраоперационных находок, наличием или отсутствием признаков абдоминального сепсиса.

В раннем послеоперационном периоде у 68 (60%) провели курс лечения, применив комбинацию ампициллина с гентамицином, монотерапию цефазолином провели 20 (17,5%) больным.

Последнее время использовали комбинацию антибиотиков, независимо от характера выделе-

ний из дренажа. Ульфاران (цефатаксим — 1,0) в дозировке 1,0 г вводили внутривенно примерно за 1 час до хирургического вмешательства; в послеоперационном периоде — по 1,0 г внутривенно или внутримышечно каждые 8 часов в комбинации с метронидазолом — 100,0 2 раза в сутки внутривенно.

Практически все выделенные из перитонеального экссудата штаммы кишечной палочки обладали высоким уровнем антибиотикорезистентности. Резистентность кишечной палочки носила выраженный характер по отношению к комбинации ампициллина с гентамицином (78,8%) и цефазалину (56,5%). При этом все штаммы кишечной палочки были чувствительны или высокочувствительны к комбинации ульфараана с метронидазолом.

Кроме кишечной палочки наиболее частыми причинными агентами гнойного холангита является

представители родов стафилококков и стрептококков. Выделенные в 22% случаев штаммы стафилококков имели спектр устойчивости к первой комбинации антибиотиков.

Анализ антибиотикограмм показал выраженную резистентность к ампициллину (80%) и гентамицину (34,6%). Явным преимуществом обладал ульфاران, резистентность к которому золотистого стафилококка составила соответственно 5,6%.

**Закключение.** Наши данные свидетельствуют, что в настоящее время наиболее эффективными антибактериальными свойствами при гнойном холангите обладают цефалоспориновый препарат — ульфاران. Следовательно, целесообразно расширять показания к применению цефалоспориновых антибиотиков (ульфاران—цефатаксим) в раннем послеоперационном периоде у больных с гнойным холангитом.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ДИВЕРТИКУЛАМИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алтыев Б.К., Хожибоев А.М., Хакимов Б.Б., Шелаев О.И.

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

Исследование проведено у 1678 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) осложненной холедохолитиазом (ХЛ) и механической желтухой (МЖ), находившихся в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП в 2002–2010 гг.

При проведении гастродуоденоскопии у 165 (9,8%) больных обнаружили дивертикулы в области большого дуоденального сосочка (БДС). Мужчин было — 68 (41,2%), женщин — 97 (58,8%), средний возраст составил 62,3 года. Парафатеральные дивертикулы БДС (располагавшиеся вблизи БДС) выявили у 39 (25,5%) больных, перипапиллярные (локализованные в самом дивертикуле) — у 114 (74,5%). В 112 случаях БДС определялся глубоко в полости дивертикула, а у 2 больных между двумя дивертикулами.

Признаки дивертикулита в виде гиперемии слизистой, наложений фибрина, наличия отделяемого наблюдали у 65 (42,5%) пациентов.

При эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ) холедохолитиаз диагностировали — у 102 (66,6%) больных, стеноз БДС — у 21 (13,8%), сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС — у 11 (7,2%). У 4 (2,6%) пациентов патологии со стороны желчевыводящих путей не выявили. У 15 (9,8%) больных из-за невозможности канюляции БДС и холедоха ЭРХПГ произвести не удалось.

У 133 больных (86,8%) выполнили одномоментную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с одновременной стандартной литоэкстракцией (СЛЭ). У 20 (13,2%) больных ЭПСТ осуществили в 2 этапа с интервалами в 3-4 дня с последующей отсроченной СЛЭ.

У 7 (4,6%) пациентов с расположением БДС глубоко в полости дивертикула ЭПСТ не проводили. У этих больных в дальнейшем патологию холедоха корригировали открытой лапаротомией.

Осложнения были отмечены у 16 (10,4%) пациентов: кровотечение из края папиллотомического разреза — у 4, острый панкреатит — у 5, тяжелое течение холангита — у 6 и у 1 больного литотрипсия осложнилась вклиниванием корзинки литотриптора с захваченным камнем в терминальном отделе холедоха.

Хирургическому лечению подвергли 7 больных без ЭПСТ из-за высокого риска перфорации двенадцатиперстной кишки и 1 вклинивания корзинки Dormia с захваченным камнем.

**Закключение.** Таким образом, дивертикулы папиллярной области встречаются у 10,9% больных с ЖКБ, осложненной ХЛ и МЖ. У больных с высокой вероятностью осложнений приемлемым и рациональным эндоскопическим вмешательством на БДС оказалось применение парциального ЭПСТ с отсроченной стандартной литоэкстракцией.

При расположении БДС глубоко в полости дивертикула целесообразно отказаться от его рассечения в связи с высоким риском перфора-

ции двенадцатиперстной кишки и осуществлять дальнейшую коррекцию патологии холедоха лапаротомией.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ РЕАКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ

Аминов И.Х., Краснов К.А., Старцев А.Б., Заруцкая Н.В.

МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) считается «золотым стандартом» в диагностике патологии билиарного тракта. Диагностическая ценность ЭРХПГ в выявлении билиарной патологии составляет 79-98% случаев. Отдавая должное ценности этого диагностического метода, необходимо отметить, что в ряде случаев это исследование сопровождается различными осложнениями. Среди всех возможных осложнений ЭРХПГ наиболее часто отмечено возникновение реактивного панкреатита, частота развития которого колеблется в пределах от 1,3% до 30% и более, а эффективные меры его профилактики не разработаны и до настоящего времени.

**Цель исследования:** сравнить различные методы профилактики ЭРХПГ-индуцированного панкреатита.

**Материалы и методы.** В 2010 году в отделении печеночной хирургии МУЗ ГКБ №3 г. Кемерово выполнено 106 рентгеноэндоскопических вмешательств у больных с доброкачественной патологией билиарного тракта. Всем больным проводили медикаментозную профилактику РХПГ-индуцированного панкреатита, в зависимости от чего пациентов разделили на 2 группы.

1-ю группу составили 54 человека (мужчин — 11 (20,4%), женщин — 43 (79,6%)), средний возраст составил  $63,7 \pm 1,4$  года. Пациенты этой группы за 30 минут до вмешательства получали премедикацию в объеме: Атропина сульфат 0,1% 1,0 мл внутримышечно, Димедрол 1% 1,0 мл внутримышечно, Промедол 2% 1,0 мл внутримышечно.

Во 2-й группе 52 больных (мужчин — 14 (27%), женщин — 38 (73%)), средний возраст —  $62,8 \pm 2$  года. Во второй группе, в дополнение к вышеперечисленному объему премедикации приме-

няли Дроперидол 0,25% 2,0 мл внутримышечно за 30 минут до вмешательства и Нитросорбид 10 мг сублингвально за 60 мин до ЭРХПГ.

**Результаты и их обсуждение.** Всем пациентам выполнили контрастирование желчевыводящих путей. В 25 случаях отметили сложность канюляции БДС, что у 7 больных потребовало выполнение нетипичной папиллотомии. У пациентов 1 группы (n=54) в 46 случаях выполнили эндоскопическую холедоходуоденостомию. После вмешательства у 9 больных отметили развитие транзиторной гиперاميлаземии, у 6 — РХПГ-индуцированный панкреатит (в 1 случае с последующим развитием панкреонекроза). У пациентов второй группы (n=52) в 44 случаях выполнили эндоскопическую папиллотомию, которая в 23 случаях имела сложности при канюляции БДС, 8 больным выполнили нетипичную папиллотомию. После РХПГ транзиторная гиперاميлаземия развилась у 4 больных, РХПГ-индуцированный панкреатит зафиксирован у 4 пациентов. Во всех случаях развития панкреатита (и панкреонекроза) проводили консервативную терапию по принятой методике, которая включала в себя инфузионную, спазмолитическую, антисекреторную, симптоматическую терапию; при панкреонекрозе дополнительно проводили антибактериальную терапию. Полостных оперативных вмешательств не потребовалось. Летальных исходов не было.

**Заключение.** После проведения расширенной премедикации отмечено уменьшение частоты развития транзиторной гиперاميлаземии и реактивного панкреатита. Полученные результаты не являются статистически достоверными, что объяснимо малым числом наблюдений. Требуется дальнейшее исследование данного вопроса.



## НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Антикеев А.М., Телеуов М.К., Жумадилов Ж.Ш.

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей (Семипалатинск),  
Павлодар, Казахстан

Актуальность лечения хронических диффузных заболеваний печеней связана с неуклонным ростом заболеваемости и смертности. В общей структуре смертности цирроз печени в различных странах составляет от 1,2 до 2,5%. Трансплантация печени не может решить сложившуюся ситуацию.

Целью новой концепции лечения цирроза печени является восстановление печеночной ткани и ее функциональной активности при циррозах печени различной этиологии (№0108 РК 00095).

В настоящее время вся имеющаяся терапия цирроза печени связана со стимуляцией репаративных процессов при циррозе печени. Методы стимуляции восстановления печеночной ткани можно разделить на следующие виды: 1. непосредственное воздействие кислорода — введение в желудочно-кишечный тракт кислородной пены при помощи коктейлей или через сформированную энтеростому; 2. различные способы гепатопексии, приводящие к появлению сосудистой сети на поверхности печени, улучшающие питание печеночной ткани: оментогепатопексия, френопексия, пульмофренопексия; 3. механические повреждения печеночной ткани, вызывающие регенерацию клеток и ангиогенез: множественное туннелирование ткани, лазерная реваскуляризация печени, резекция ткани печени (выделяемые при повреждении печеночной ткани субстраты является пусковым механизмом для регенерации клеток); 4. клеточная стимуляция роста процессов репарации биоматериалами, содержащими вышеперечисленные вытяжки из печеночных тканей; 5. введение в печеночную ткань стволовых клеток.

Несмотря на множество предложенных способов восстановительного лечения ни одна методика не является законченной. Улучшаются биохимические показатели, объективное и субъективное состояние пациентов, незначительно увеличивается продолжительность жизни. Но восстановления морфологической структуры печени и ее функционального состояния не происходит. Это, на наш взгляд, связано с тем, что регенерация гепатоцитов не имеет должного объема в результате сдавления клеток плотным фиброзным каркасом. Без физического пространства и должного кровоснабжения процессы гибели гепатоцитов преобладают над процессами репарации. Этим и объясняются размеры мелко- и крупноузловых очагов регенерации, в которых может быть заложен не использованный для роста органа потенциал. Остановка процессов фиброгенеза на момент манифестации заболевания не решит проблему. Необходим возобновляемый метод разрушения коллагенового каркаса цирротически измененной ткани печени. К примеру, при ревматоидных аутоиммунных заболеваниях разрушается соединительная ткань. Разрушение фиброзного каркаса приведет к податливости печеночной ткани, повышению ее проницаемости для питания клетки и восприимчивости к лекарственной терапии, митотическому делению гепатоцитов и, наконец, полному или частичному разрушению коллагенового матрикса.

**Выводы.** Научный потенциал исследовательской деятельности при лечении цирроза печени надо направить в фибролизитическом направлении, которое можно достичь множеством методов.

## НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРИТОНЕОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ АСЦИТАХ

Антикеев А.М., Телеуов М.К., Жумадилов Ж.Ш., Жусупов С.М.

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей (Семипалатинск),  
Павлодар, Казахстан

**Введение.** В комплексном лечении резистентного асцита применяют различные методы возврата асцитической жидкости. Другая часть проблемы связана с развитием синдрома высокого внутрибрюшного давления. Лечение диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени является наиболее сложной проблемой. После развития

диуретикорезистентного асцита до 50% больных умирают в течение 6 месяцев. Использование лапароцентеза способствует развитию воспалительных осложнений.

Существуют следующие методы хирургической коррекции диуретикорезистентного асцита: Операция Кальба, дренирование грудного лим-

фопротока, латеро-латеральный лимфовенозный анастомоз, перитонеоюгулярное шунтирование по Le Veep. Имплантация перитонеовенозного шунта с использованием клапана Le Veep является эффективной операцией и позволяет подготовить больных к радикальным портодекомпрессивным вмешательствам. Однако для выполнения данной операции требуется расходный материал, имплантируемый в мягкие ткани. В литературе имеются результаты использования имплантируемой перитонеальной порт-системы «Cellsite», что также является процедурой с использованием катетеров и насосов.

*Целью исследования* явилось создание физиологичного доступного для многих клиник метода оперативного лечения диуретикорезистентного асцита.

*Материалы и методы.* На оперативное лечение по новой методике отобраны пациенты с циррозом печени класса В, С по Чайльд-Пью, осложненным асцитом, рефрактерным к лечению, и симптомами абдоминального компартмент-синдрома. После подготовки к операции, пункционного обследования асцитической жидкости на инфицирование, наличие атипичных клеток, содержание белка выполняли перитонеовенозное шунтирование по собственной методике (№ 033289 РК от 29.10.10г.). Суть операции заключается в мобилизации большой подкожной вены от уровня коленного сустава до остиального клапана. Выделенная вена с собственным клапанным аппаратом пересекается на уровне коленного сустава, разворачивается вверх и используется в качестве шунта между брюшной полостью и бедренной веной. Уровень наложения

перитонеовенозного анастомоза — область пупка. Шунт укладывается в туннель в подкожной клетчатке. Всего таким образом оперировано 7 человек.

*Результаты.* Время наблюдения за пациентами составило всего 6 месяцев. Один пациент умер через месяц после операции из-за печеночной недостаточности. У 2 первых пациентов окклюзия анастомоза у устья сальником в результате неотработанной операционной техники, у 4 последних шунты функционируют более 3-х месяцев.

*Обсуждение.* В любом положении пациента (за исключением лежа на животе) из брюшной полости шунтируется часть асцитической жидкости, тем самым не перегружая сердечно-сосудистую систему. В брюшной полости всегда остается часть жидкости и постоянный невыраженный положительный градиент и клапанный аппарат аутовены способствует одностороннему току асцитической жидкости. После операции пациенты чувствуют значительное улучшение состояния с нормализацией размеров живота. Длительность работы шунтов зависит от прецизионности техники наложения анастомоза и агрессивности сальника. Кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода или ретроградно в брюшную полость не наблюдали.

*Заключение.* Операция перитонеовенозного шунтирования предложена нами как этап перед восстановительным лечением печени. Наш небольшой опыт позволяет рекомендовать разработанный метод перитонеовенозного шунтирования для применения в клиниках, занимающихся лечением портальной гипертензии или в отделениях сосудистой хирургии.

## ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хашимов М.А., Шаропов А.Н.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) и ее 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 послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки.

*Материалы и методы.* В Научном центре хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз обследовали 386 больных с ЖКБ. Из них с хроническим калькулезным холециститом 146 больных, с острым калькулезным холециститом — 240 больных.

*Результаты.* У всех больных анамнез ЖКБ был до 10 лет и более. При клинико-биохимиче-

ском исследовании в 227 (58,8%) случаях выявили гипербилирубинемия (показатели билирубина в среднем составили  $75,6 \pm 15,5$  ммоль/л). У больных с острым калькулезным холециститом и особенно острым обтурационным калькулезным холециститом наиболее характерным было повышение лейкоцитарного индекса интоксикации, который в среднем составил  $6,4 \pm 2,2$ .

В 114 (29,5%) случаях на основании объективного осмотра и данных УЗИ диагностировали картину острого калькулезного холецистита без блока пузырного протока. Из них у 6 больных было расширение холедоха до 1,0 см и первым этапом было произвели эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с холедохэкстракцией конкремента,

а после купирования приступа произвели лапароскопическую холецистэктомию (ЛХ).

У 146 (37,8%) больных, госпитализированных с хроническим калькулезным холециститом, при УЗИ выявили наличие холецистолитиаза, из них у 48 диагностировали сморщенный желчный пузырь с конкрементами, у 17 — расширение холедоха (у 4 наличие конкремента (до 8-10 мм в диаметре) определили в терминальном отделе холедоха). 128 (87,7%) больным произвели холецистэктомию, а 17 — первым этапом выполнили ЭПСТ с литоэкстракцией конкремента с последующей ЛХ на 3-4- сутки.

Из 240 больных, поступивших с острым приступом ЖКБ, у 126 (52,5%) на УЗИ выявили острый

обтурационный холецистит и у 98 (40,8%) — расширение холедоха более 0,7 см. На основании полученных параклинических данных и результатов УЗИ 98 больным произвели ЭРХПГ. При этом в 95 (96,9%) случаях был выявлен холедохолитаз, а у 3 больных холедохолитаз в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка.

**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.

## ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ — ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Исмаилов У.С., Хошимов М.Р.

*Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан*

Лечебная и, в первую очередь, хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите (ОБП) остается спорной и до конца нерешенной проблемой. Показания к операции, сроки и методы ее выполнения вызывают наибольшую полемику в литературе.

**Целью исследования** явилась совершенствование ранней диагностики и оптимизации хирургической тактики лечения острого билиарного панкреатита.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения 314 больных острым панкреатитом (ОП), из них у 163 (51,9%) больных был ОБП. Женщин было 71%, мужчин — 21%. Все больные ОБП имели более и менее длительный анамнез ЖКБ (от 2-х до 14 лет) и неоднократно лечились в стационарах с временным успехом.

Диагностика ОБП основывалась на клинико-лабораторных методах, а также данным УЗИ, ЭРХПГ, ЭФГДС и лапароскопии. Для достоверности и диагностической ценности специальных исследований мы изучили их точность с двух позиций: чувствительность — численно отражающая способность метода выявлять заболевание в тех случаях, когда оно действительно имеется; специфичность — величина, характеризующая уверенность в исключении заболевания в тех случаях, когда его действительно нет.

Изучены результаты традиционных методов лечения ОБП у 48 (29,4%) больных контрольной группы, больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) — 47 (28,8%) и ТДПСП аппаратом СПП-20 — у 68 (41,7%)

основной группы. У 20 больных поражение поджелудочной железы (ПЖ) протекало по типу интерстициального панкреатита, по типу деструктивного — у 28 (из них геморрагического — у 10, жирового панкреонекроза — у 18).

Гладкое течение послеоперационного периода отметили у 28 (58,3%) из 48 больных. Специфическое осложнение — несостоятельность холедоходуоденоанастомоза (ХДА) развилось у 2 (4,2%) из 48 больных; неспецифическое — нагноение послеоперационной раны — у 3 (6,25%); у 9 (18,8%) больных развились осложнения связанные с сопутствующими заболеваниями. Осложнение, связанное с основной патологией (прогрессирование ОП) выявили у 2 (4,2%) больных. Летальность составила 22,9%. Причиной смерти были: инфаркт миокарда — у 1, тромбоэмболия легочной артерии — у 1, выраженная печеночно-почечная недостаточность — 1, разлитой гнойный перитонит — у 2 и прогрессирование процесса в ПЖ — у 6 больных.

Отдаленные результаты после традиционных методов лечения больных ОБП в сроки от 3-х до 10 лет изучены у 34 (70,8%) больных. При этом хорошие отмечены у 22 (64,7%) пациентов, удовлетворительные — у 8 (23,5%) и неудовлетворительные результаты — у 4 (11,8%). Причиной неудовлетворительных результатов был непротяженный стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) в 1 случае, холедохолитаз — у 3 пациентов. Непротяженный стеноз БДС удалось ликвидировать путем ЭПСТ. У больных, у которых имелся холедохолитаз, в 2 случаях при помощи ЭПСТ удалось вывести камень в просвет ДПК и

в 1 пришлось накладывать СДХДА. Все больные в этой группе в удовлетворительном состоянии были выписаны домой.

Отдаленные результаты основной группы изучены у 29 (42,6%) больных. Хорошие результаты отмечены у 21 (72,4%) и удовлетворительные — у 8 (27,6%) пациентов.

Таким образом, в лечении ОБП первостепенной целью является ранние оперативные вмешательства, направленные на ликвидации желчной и панкреатической гипотензии. Вмешательства на ПЖ должны быть индивидуальными в зависимости от выявленных патоморфологических деструктивных изменений в ПЖ

## ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ОБМЕНА МИНЕРАЛОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЖЕЛЧЕСОРБЦИИ С ПОМОЩЬЮ НАВБАХТИТА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

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

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Механическая желтуха (МЖ) является ведущим клиническим признаком рака органов билио-панкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) и встречается у 97% больных.

**Цель исследования:** изучение влияния желчесорбции на минеральный обмен у больных механической желтухой опухолевого генеза.

**Материалы и методы.** Исследованы данные обследования и лечения 84 больных с МЖ злокачественной этиологии, которым была наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

Для объективизации результатов выделили две группы больных: в основной группе (43 (51,1%) больных) провели желчесорбцию с помощью Навбахтита, то есть больные принимали желчь после ее очищения от токсических и балластных веществ с помощью сорбента; в контрольной группе (41 (48,9%) больной) желчесорбцию не проводили. В динамике после наложения ЧЧХС на 3, 6, 10 и 14 сутки изучали концентрацию кальция и фосфора в крови и желчи. В механизме регуляции электролитного и, особенно, кальциевого обмена существенная роль принадлежит желчеобразовательной функции печени. Выделение натрия, калия и кальция с желчью зависит от интенсивности метаболических процессов в печени, ее функционального состояния.

Концентрация ионов кальция в сыворотке крови до наложения ЧЧХС колебалась в пределах 13,4–22,6 ммоль/л, в среднем составляя 17,9 ммоль/л, что в 6,8 раза превышало норму (2,1–2,6, Cypres diagnostics 2006), а в желчи из первых порций после ЧЧХС составляла в среднем  $17,2 \pm 3,4$  ммоль/л, что превышало норму в 2,1 раза (в норме 4–8 ммоль/л).

Уровень фосфора в сыворотке крови и желчи был исходно выше нормы. Причем в сыворотке крови концентрация ионов фосфора была выше, чем в желчи, варьируя в пределах от 0,8 до 1,5 ммоль/л, составляя в среднем  $1,0 \pm 0,3$  ммоль/л (Cypres diagnostics 2006). В желчи, полученной из первых порций после ЧЧХС, концентрация фосфора в среднем составляла  $0,66 \pm 0,2$  ммоль/л.

У пациентов основной группы отмечали усиленное выделение кальция с желчью, вследствие чего снижалась его концентрации в сыворотке крови. Такой эффект желчесорбции сопровождался повышенным выделением билирубина с желчью и синтезом желчных кислот. Концентрация кальция в сыворотке крови больных контрольной группы имела тенденцию к накоплению, то есть полного восстановления энтерогепатической циркуляции кальция не наблюдали.

С обменом кальция тесно связан обмен и циркуляция фосфора в биосредах организма. Поэтому при исследовании фосфора получили сопоставимые результаты. У больных контрольной группы концентрация фосфора в сыворотке крови была выше, чем в основной, при этом она превышала норму на протяжении всего исследования. У больных основной группы имело место нарастание концентрации фосфора в желчи, за счет чего концентрация фосфора в сыворотке крови снижалась. Это свидетельствует о восстановлении энтерогепатической циркуляции фосфора.

**Заключение.** Восстановление энтерогепатической циркуляции кальция и фосфора обеспечивает их участие в желчеобразовании, а также повышение их концентрации в желчи, что подтверждает улучшение метаболических процессов в печени.



## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ ПРИ ПАРАФАТЕРАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хашимов М.А., Аллазаров У.А.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Парафатеральные дивертикулы являются одним из противопоказаний к эндоскопической ретроградной папиллотомии.

Целью исследования явилось улучшение результатов транспапиллярных вмешательств у больных с холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка (БДС), сочетанных с парафатеральными дивертикулами.

Наличие парафатеральных дивертикулов выявили у 61 больного с холедохолитиазом и стенозом БДС. Средний возраст больных составил  $68,2 \pm 7,12$  лет. Мужчин было 18 (29,5%), женщин — 43 (70,5%) (соотношение мужчин и женщин составило 1:2,4). Размеры дивертикулов были в пределах от 1,5 до 4,0 см (средний размер —  $2,6 \pm 0,15$  см).

Сложность манипуляций на БДС зависит от расположения сосочка относительно дивертикула. При этом по данным дуоденоскопии БДС находился: на дне дивертикула — у 8 (13,1%) пациентов, по латеральному краю — у 32 (52,5%) и по нижнему краю дивертикула или между двумя дивертикулами — у 21 (34,4%) больного. Последнее расположение нередко создает большие сложности и проблемы в плане полноценной визуализации сосочка. При других случаях, за одним исключением, когда БДС располагался в глубине дивертикула, удалось визуализировать и канюли-

ровать устье БДС. Благодаря подвижности БДС, последнее легко удается сместить к краю дивертикула с помощью катетера, особенно после канюляции. Канюлируют сосочек стандартным папиллотомом Демлинга, при натягивании струны которого значительно легче удается фиксировать и сместить сосочек из полости дивертикула в просвет кишки. В случае нахождения сосочка внутри дивертикула папиллотомия дает повышенный риск повреждения стенки кишки, поэтому в подобной ситуации при выполнении ЭПСТ следует обращать внимание на выраженность и направление продольной складки, соответствующей интрамуральной части холедоха, и выполняя рассечение, стремиться сместить сосочек папиллотомом так, чтобы разрез проходил вне полости дивертикула.

Причинами неудач в 6 случаях были вклиненный камень, стеноз и аденома большого дуоденального сосочка, при котором нами была предварительно произведена частичная папиллосфинктеротомия с помощью игольчатого папиллотома.

Таким образом, парафатеральные дивертикулы, нарушая анатомию расположения фатерова сосочка, создают трудности в его канюлировании и папиллотомии. Изменение положения больного и аппарата, а также фиксирование сосочка с натяжением струны папиллотома резко увеличивает число успешных вмешательств.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ НАЗОБИЛИАРНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хошимов М.Р., Лим В.Г.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Одним из методов лечения механической желтухи и холангита является назобилиарное дренирование (НБД), заключающееся в эндоскопической установке в общий желчный проток выше зоны обтурации наружного дренажа. В литературе до сих пор отсутствует единое мнение о показаниях к НБД после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при механической желтухе доброкачественной этиологии.

**Материалы и методы.** НБД проводили 23 больным при невозможности устранения обтурации холедоха или опасности его повторной обтурации. Из 23 пациентов с механической желтухой и гной-

ным холангитом мужчин было 8, женщин — 15, средний возраст больных составил 65 лет.

НБД использовали не только с лечебной целью для аспирации желчи и санации билиарного тракта при признаках гнойного холангита, но и для предупреждения повторной обтурации протока оставленным камнем после ЭПСТ. Однако, общеизвестный способ НБД не всегда предупреждает повторную обтурацию гепатикохоледоха конкрементом, и в подобных ситуациях НБД не обеспечивает адекватную декомпрессию билиарного тракта. Это связано высокой вязкостью дренируемой желчи, недостаточным диаметром, а также большой дли-

ной катетера, для преодоления которых требуется высокое гидростатическое давление. С целью надежного предупреждения повторной обтурации гепатикохоледоха неудаляемым камнем после ЭПСТ был разработан катетер со спиралевидным концом в форме «песочных часов».

Предложенный назобилиарный дренаж представляет собой поливиниловый катетер длиной 1,5 м, диаметром около 2,2 мм. Дистальный конец катетера имеет форму спирали. Спиралевидную часть катетера выполняют путем накручивания дистального его конца на металлический стержень, имеющий форму «песочных часов», с последующей экспозицией в нагретой до 80-90° С воде. После охлаждения дистальная часть катетера приобретает форму спирали в виде «песочных часов». Для свободного прохождения через канал дуоденоскопа и беспрепятственного прохождения в холедох в просвет катетера устанавливается прямой мандрен (металлическая струна) и тем самым спиралевидная часть катетера имеет прямой вид. Катетер вводится в холедох месте с мандреном и устанавливается

под конкрементом. При постепенном вытягивании мандрена из катетера дистальная часть последнего приобретает форму спирали в виде «песочных часов». Спиралевидный катетер в виде «песочных часов» не только ограничивает движения камня с одной стороны, но и его основание обеспечивает устойчивое положение самого катетера и является гарантией против самопроизвольного выхода катетера из холедоха.

Предложенный нами новый способ НБД осуществлен у 23 больных и получен патент на изобретение.

Критерием адекватной функции дренажа считали нормализацию клинико-биохимических показателей и данных рентгенологического контроля, которых повторяли каждые 2-3 дня. Оптимальным считали пассаж желчи в просвет двенадцатиперстной кишки мимо дренажа. Если же по назобилиарному катетеру оттекало слишком много желчи, ее возвращали по назоеюнальному зонду для нормализации электролитного баланса и пищеварения.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Атаджанов Ш.К., Хошимов М.М.

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

Проведен анализ эндоскопической диагностики и лечения 1640 пациентов калькулезным холециститом в сочетании с доброкачественной патологией внепеченочных желчных протоков (ВПЖП).

В отделении экстренной хирургии РНЦЭМП за период 2001-2010 гг. проведено 2851 эндоскопических ретроградных панкреатохолангиографий (ЭРПХГ), из которых наличие калькулезного холецистита в сочетании с доброкачественными поражениями ВПЖП выявили у 1640 (57,5%) больных, из них у 1535 (93,6%) выполненная эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) позволила полностью разрешить явления билиарной гипертензии. Показаниями для ЭРХПГ явились: расширение холедоха свыше 7-8 мм, наличие конкрементов или подозрение на них, изменения фатерова сосочка при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), наличие признаков механической желтухи, желтуха в анамнезе, частые печеночные колики.

Из 1640 пациентов холедохолитиаз без патологии области большого дуоденального сосочка (БДС) диагностировали у 82,0% больных, в том, числе вентильный камень — у 51,8%, фиксированный — у 15,6% и множественные — у 24,6%

пациентов. Сочетание холедохолитиаза и патологии БДС выявили у 5,7% больных, в том, числе ущемленный камень БДС — у 3,3%, стеноз БДС — у 1,6%, стеноз терминального отдела холедоха (ТОХ) — у 0,8% больных. Доброкачественные поражения БДС выявили у 12,3% больных, в том числе стеноз — у 9,6%, стеноз ТОХ — у 2,7%.

Околососочковый дивертикул выявили у 66 (2,3%) пациентов, из них в сочетании с холедохолитиазом — у 51. При неудачных попытках получения холангиограмм, обусловленных чаще всего сопутствующими заболеваниями БДС, дивертикулами, необходимо использовать нетипичные неканюляционные способы ЭПСТ (предрасечение, порциальная папиллотомия), частота которых в исследовании составляет 5,3%. Контрастирование вирсунгова протока поджелудочной железы при выполнении РХПГ отмечено в 47 (1,6%) случаях. Осложнения после ЭПСТ возникли у 80 (5,2%) больных: отечный панкреатит — у 53 больных, панкреонекроз — у 3, обострение гнойного холангита — у 7 больных, кровотечение — у 9, обострение острого холецистита — у 8. Летальных исходов не было.

Механическую литоэкстракцию с помощью корзинки Дормиа выполнили у 1032 больных, механическую литотрипсию произвели у 302 больных. Назобилиарное дренирование по поводу острого гнойного холангита выполнили у 143 пациентов. Из 1640 больных с калькулезным холециститом в сочетании с доброкачественными поражениями ВПЖП у 105 (6,4%) выполненная ЭПСТ не позволила ликвидировать явления билиарной гипертензии (у 96 больных диагностировали холедохолитиаз). Кровотечение из папиллотомных ран отметили в 9 (0,6%) случаях, в 7 случаях из них кровотечение удалось остановить эндоскопической коагуляцией верхнего угла папиллотомной раны, в 2 случаях попытки эндоскопической остановки были безуспешны, что потребовало лапаротомии.

Причиной возникновения кровотечения явились технические трудности, связанные с расположением БДС между дивертикулами, что не позволяло произвести папиллотомный разрез строго на 11 часах.

Вторым этапом лапароскопическую холецистэктомию выполнили у 722 больных, конверсию произвели у 25 (3,5%) больных.

Эндоскопические методы диагностики и лечения больных с холедохолитиазом высокоэффективны, не вызывают грубых анатомо-функциональных нарушений желчевыводящей системы, восстанавливают естественный пассаж желчи. ЭРПХГ и ЭПСТ позволяют избежать ряда осложнений и выбрать рациональный способ оперативного лечения больных с доброкачественными поражениями ВПЖП.

## К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Исомутдинов А.З.**

*Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

Одним из основных методов лечения эхинококка печени является оперативный. Послеоперационная химиотерапия производными бензимидазола (альбендазол, мебендазол) требует длительное применение (1-3 месяца) препаратов.

**Цель исследования:** разработать липосомальную форму альбендазола (ЛФА), оценить ее использование в интра- и в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 80 больных гидатидозной формой эхинококка печени с применением ЛФА. У 64 (80%) больных оперативное лечение было первичным, у 16 (20%) — повторным. Осложненные формы эхинококкоза печени и сопутствующие заболевания наблюдали у 11 (15,9%) больных. Выполняли следующие виды оперативных вмешательств: открытая эхинококкэктомия — у 3 (3,8%), полуоткрытая эхинококкэктомия — у 61 (76,3%), идеальная эхинококкэктомия — у 7 (8,8%), перицистэктомия — у 9 (11,1%) больных. Антипаразитарную обработку гидатидозных кист производили по разработанной нами методике: после пункционной аспирации жидкого содержимого гидатидозной кисты в ее полость вводили равное количество водного раствора ЛФА с экспозицией 10–15 минут. После чего вскрывали фиброзную капсулу, удаляли элементы эхинококковой кисты печени. Остаточную полость обрабатывали ультразвуком низкой частоты (УЗН-4). Источником ультразвуковых колебаний служил серийный ультразвуковой генератор УРСК-7Н-18 с набором

акустических узлов. При обработке остаточной эхинококковой полости ультразвуком достигали полное удаление некротических тканей с внутренней ее поверхности. Для оценки эффективности предлагаемой нами методики после антипаразитарной обработки содержимое кист подвергали микроскопическому исследованию. Эффективность методики контролировали методом иммуносерологических реакции, а также ультразвуковым исследованием остаточных полостей печени.

**Результаты и обсуждение.** Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения эхинококка печени с применением ЛФА изучены у 62 больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции с помощью динамического ультразвукового и рентгенологического исследования органов брюшной полости.

Необходимо отметить, что в 56% случаев выявили интенсивное уменьшение объема полости, в 33% случаев полное ее исчезновение; наличие сухих или обызвествленных кист наблюдали в 11% случаев. В отдаленном послеоперационном периоде случаи рецидивирования заболевания не наблюдали. При микроскопическом исследовании смывов из остаточной полости после антипаразитарной обработки ЛФА выявили лишь погибшие и разрушенные на фрагменты сколексы и протосколексы, причем токсических проявлений антипаразитарной обработки ЛФА не наблюдали. С 8–11 суток после операции больным дополнительно перорально назначали ЛФА в дозе 10–12 мг/кг в сутки в течение 14 дней.

**Заключение.** ЛФА оказывает более эффективное антипаразитарное действие, чем свободная форма препарата. Данная методика обработ-

ки остаточных полостей обеспечивает надежную профилактику послеоперационных рецидивов заболевания.

## ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ашимов И.А., Ниязов Б.С., Кудайбергенов Т.И., Ашимов Ж.И., Тилеков Э.А., Ниязова С.Б.

Национальный хирургический центр, КГМИП и ПК, Бишкек, Кыргызстан

**Цель исследования:** определение путей оптимизации лечения больных с профузным пищеводно-желудочным кровотечением при портальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 90 больных с циррозом печени и портальной гипертензией в Национальном хирургическом центре за период с 2008 по 2009 гг. Возраст больных варьировал в пределах от 34 до 68 лет. Мужчин было 50 (55,5%), женщин — 40 (44,5%). По классификации Child-Pugh с компенсированным циррозом печени (класс А) было — 18 (20%) больных; с субкомпенсированным (класс В) — 46 (54,1%); с декомпенсированным (класс С) — 26 (28,9%) больных.

Оценку выраженности варикозного расширения вен пищевода (ВРВ) при эндоскопическом исследовании проводили в соответствии с классификацией, предложенной А.Г. Шерцингером (1986). По степени выраженности варикозно расширенных вен больных распределили следующим образом: I степень — у 2 (13,3%) больных, II степень — у 29 (33,3%) больных, III степень — у 49 (54,4%) больных.

**Результаты.** В зависимости от тяжести состояния при поступлении больных госпитализировали в хирургическое отделение или в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Всем больным проводили консервативные мероприятия: установку зонда Блекмора назначение постельного режима, инфузионно-трансфузионную терапию последствий кровопотери и гиповолемии, гемостатическую терапию, антацидную терапию, гипотензивную фармакотерапию портальной гипертензии, гемотрансфузию и переливание свежезамороженной плазмы (СЗП) по показаниям.

**Оперативное лечение:** операция Падииора с дополнительной перевязкой v. gastrica sinistra и, частично, веточек v. gastrica brevis произвели 6 (6,6%) больным. Показанием к оперативному лечению больных было продолжающееся кровотечение или рецидив кровотечения после консервативной его остановки. Рецидива кровотечения и послеоперационной летальности не было.

**Заключение.** Раннее хирургическое лечение в объеме гастротомии и прошивания варикозных вен пищевода и желудка, дополненной перевязкой восходящих веточек a gastrica sinistra и, частично, веточек a. gastrica brevis является методом выбора при портальных кровотечениях у больных циррозом печени. Показанием к операции является продолжающееся кровотечение в первые 2-3 часа от момента начала консервативного лечения и рецидив кровотечения после удаления зонда Блекмора.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Баймаков С.Р., Каюмов Т.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Неуклонный рост числа больных острым панкреатитом и частоты послеоперационной летальности, особенно при деструктивных формах, обуславливают необходимость поиска новых комплексных подходов к лечению панкреонекроза. В течение последних 10 лет в нашей клинике находилось на лечении 389 больных острым панкреатитом, из них оперировано 58 (оперативная активность составила 14,9%). Умерло 24

(6,2%) больных, из них после операции — 18 (31,03%).

С целью уменьшения этих показателей с 2005 года большое внимание стали уделять конкретизации диагноза и прогнозированию фаз заболевания, так как только такой подход определяет реальную тактику лечения. Острый панкреатит разделили на два вида: а) отечный и б) некротический. Кроме этого, выделили фазы заболевания: а) шок (гемо-



динамические расстройства), б) ферментативная токсемия, в) гнойно-септические осложнения.

Всем больным проводили УЗИ брюшной полости. При невозможности постановки диагноза по данным УЗИ выполняли КТ. Все больные госпитализировались в отделение в тяжелом и очень тяжелом состоянии, при необходимости переводили в реанимационное отделение для предоперационной подготовки. Динамику состояния больных оценивали с помощью системы Renson для достоверного прогнозирования исхода заболевания.

Больным назначали комплексную инфузионно-трансфузионную терапию, антиферментную терапию, ингибиторы протеаз и цитостатики, сандостатин, антибактериальную терапию, парентеральное питание. При неэффективности проводимой терапии, появлении признаков панкреатогенного перитонита, деструктивного холецистита, нарастании желтухи, интоксикации и гнойно-септических осложнений больных подвергали неотложной операции. Объем вмешательства заключался в некрсеквестрэктомии ткани железы и окружающей клетчатки, установке дренажей для диализа салниковой сумки с обязательной холецистэктомией и

дренированием общего желчного протока. В послеоперационном периоде все препараты вводили через интрааортальный катетер. При необходимости производили плановую лапаротомию для санации зоны поражения.

В послеоперационном периоде для оценки динамики состояния больных, помимо балльных систем, использовали УЗИ и КТ (по показаниям), что позволило проводить профилактические плановые санации области поджелудочной железы и паранкреатической клетчатки. Решающим фактором в исходе заболевания играет успешная коррекция полиорганной недостаточности. Цитопротективное действие и подавление секреции цитокинов и иммуномодулирующая активность Сандостатина в отношении ретикулоэндотелиальной системы позволили снизить удельный вес полиорганной недостаточности с 52% до 15%.

В результате проводимого комплекса лечения удалось в последние 2 года снизить частоту панкреатогенных абсцессов до 5%, забрюшинных флегмон — до 3%, вследствие этого послеоперационная летальность снизилась до 14,7% на фоне стойкого уменьшения оперативной активности до уровня 8,6%.

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

**Байчоров Э.Х., Семенов С.С., Гридасов И.М., Дубров А.В.**

*Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия*

Наружные панкреатические свищи возникают у больных с острым деструктивным панкреатитом, повреждениями поджелудочной железы, а также после оперативных вмешательств на железе, и существенно утяжеляют состояние больных, сопровождаясь высокой летальностью.

**Цель исследования:** оценка различных методов лечения наружных панкреатических свищей.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 71 больного с панкреатическими свищами. У 33 (46,5%) пациентов причиной панкреатического свища был острый деструктивный панкреатит, у 11 (15,5%) — псевдокисты поджелудочной железы, у 22 (31%) травма поджелудочной железы, у 5 (7%) были послеоперационные свищи.

Лечение всех больных начинали с комплексной консервативной терапии, включающей физиотерапию (КВЧ-терапия), назначения сандостатина (октреотид), ингибиторов протонной помпы,  $H_2$ -блокаторов и коррекцию метаболических нарушений.

**Результаты.** Консервативная терапия наружных панкреатических свищей была эффективна у 30 (42,3%) больных: у 7 (9,9%) из них

на фоне проводимой терапии свищ закрылся, 23 (32,4%) выписаны в удовлетворительном состоянии со значительным снижением количества отделяемого из свищевого хода, в последующем свищи у них тоже закрылись. При безуспешности двух курсов консервативного лечения с интервалом 2-3 месяца у 41 (57,7%) больного были выставлены показания для оперативного лечения. Решение об оперативном лечении и его объеме принимали после дообследования больных с применением УЗИ, фистулографии, ЭРПХГ и КТ поджелудочной железы. Применялись следующие хирургические методы: панкреатоеюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки у 8 (19,5%) пациентов, иссечение свища — у 6 (14,6%), фистулопанкреатикогастростомия — у 12 (29,3%), пломбировка свищевого хода — у 2 (4,9%), санации с дренированием свищевого хода — у 7 (17,1%) больных и корпорокаудальная резекция — в 6 (14,6%) наблюдениях.

У 2 больных после иссечения свища и у 1 после фистулопанкреатикогастростомии были рецидивы свищей. В последующем у них выполнили дистальную резекцию поджелудочной железы со свищем.

**Заключение.** Наружные панкреатические свищи требуют дифференцированного подхода к выбору метода лечения. Комплексное консервативное лечение с применением КВЧ — терапии, сандостатина, ингибиторов желудочной секреции было эффективно у 42,3% больных с наружными панкреатическими свищами.

При неэффективности двух курсов консервативной терапии с интервалом в 2-3 месяца показано оперативное лечение. Такой подход позволил добиться закрытия панкреатических свищей у всех больных с послеоперационной летальностью 4,2%.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Дубров А.В.**

*Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия*

**Актуальность.** Эффективность консервативной терапии у больных с патологией поджелудочной железы достаточно низкая и, чаще всего, имеет временный эффект или даже неэффективна.

Осложненные формы хронического панкреатита требуют для коррекции прямого вмешательства на поджелудочной железе. Эти операции отличаются значительной технической сложностью, высоким процентом послеоперационных осложнений. Летальность при этом, по мнению многих авторов, достигает 6–9%.

В комплексе диагностических мероприятий, позволяющих достоверно определить характер и локализацию морфологических изменений в поджелудочной железе, основным методом считается ультразвуковое исследование. Чувствительность данного метода достигает 80–90%.

Другим важным методом диагностики является эндоскопическая ретроградная холангиография, чувствительность которой достигает 68–93%. Данный метод позволяет судить о состоянии протоковой системы железы, достоверно дифференцировать опухолевый рост от воспалительного, выявить связь полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы.

В нашей клинике также используется чрескожная чреспеченочная пункция под УЗИ контролем очагов изменения ткани поджелудочной железы с целью верификации диагноза. Чувствительность данного метода достигает 98–99%. А так же чрескожное чреспеченочное дренирование под УЗИ контролем желчевыводящих путей с целью купирования внутрипротоковой гипертензии, а как следствие купирование механической желтухи.

Обязательным исследованием, входящим в алгоритм обследования пациентов, является спиральная компьютерная томография с контрастным усилением, чувствительность которой достигает 70–90%.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 100 больных с патологией поджелудочной

железы за период с 2001 по 2010 гг., из них 79 мужчин и 21 женщина в возрасте от 15 до 77 лет. Основными клиническими симптомами у больных были: боли в верхних отделах живота (различной локализации), болевой синдром разной степени интенсивности, диспептические расстройства, а также явления механической желтухи.

**Результаты и их обсуждение.** Объем и характер оперативных вмешательств у больных с патологией поджелудочной железы зависит от степени и характера патологических изменений.

У больных с хроническим панкреатитом, осложненным кистами поджелудочной железы, хирургическую тактику выбирали в зависимости от размеров кисты и ее связи с главным панкреатическим протоком. У 31 больного с кистами поджелудочной железы были выполнены операции модификации внутреннего дренирования кист: чаще всего выполняли внутреннее дренирование кисты на отключенной по Ру петле (в 22 случаях); в 9 случаях — продольную панкреатоюностомию по Пьюстоу 1. В 4 случаях в виду того, что киста не была сформирована, выполнили ее наружное дренирование.

Резекционные операции были представлены следующим образом: корпорокаудальная резекция выполнена в 6 случаях; гастропанкреатодуоденальная резекция — в 11 случаях; пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — в 4 случаях; дистальная резекция хвоста поджелудочной железы — в 1 случае; операция Фрея — в 2 случаях.

В раннем послеоперационном периоде умерло 4 человека. Общая послеоперационная летальность составила 4%. Причины летальных исходов: внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок 3-4 ст. — 1 случай; острая сердечно-сосудистая недостаточность — 2 случая; мезентериальный тромбоз — 1 случай.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослеживается. На данном этапе установлено, что положительный эффект достигнут в 38%.

## СРАВНЕНИЕ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА И ПАНКРЕАТИКОГАСТРОАНАСТОМОЗА В ОРИГИНАЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Кузьминов А.Н., Байчоров М.Э.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

**Актуальность.** Панкреатикодигестивный анастомоз остается «ахиллесовой пятой» операции панкреатодуоденальной резекции. Несмотря на то, что сформирован единый подход к методике формирования панкреатикодигестивных анастомозов в виде “duct-to-mucosa”, необходимы дальнейшие исследования отдельных аспектов реконструктивного этапа с целью улучшения результатов операции панкреатодуоденальной резекции.

**Цель исследования.** Сравнение ближайших результатов различных методов реконструктивного этапа при операции панкреатодуоденальной резекции.

**Материалы и методы.** В исследование включены 63 пациента, мужчин — 39, женщин — 24, в возрасте от 16 до 70 лет (средний возраст больных составил  $52,0 \pm 12,4$  года). Критерии включения в исследование: операции панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с реконструктивным этапом в виде панкреатикоеюноанастомоза (ПЕА) или панкреатикогастроанастомоза (ПГА) в оригинальной модификации (патент №2414179) с тампонированием среза культи поджелудочной железы слизисто-подслизистым слоем желудка, выполненные одной хирургической бригадой (проф. Э.Х. Байчоров) с февраля 2000 по февраль 2011 гг.

ПДР выполняли при следующих патологиях: хронический панкреатит — 13 больных, аденокарцинома головки поджелудочной железы (ПЖ) — 17, цистаденокарцинома ПЖ — 1, аденокарцинома большого дуоденального сосочка (БДС) — 20, аденокарцинома дистального отдела холедоха — 5, нейроэндокринная опухоль ПЖ — 3, нейроэндокринная опухоль двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 3, гигантская язва ДПК с пенетрацией в головку ПЖ — 1. В пилоросохраняющем варианте выполнили 9 операций. 5 операций выполнили с резекцией верхней брыжеечной или ворот-

ной вены. На реконструктивном этапе применяли прецизионный панкреатикоеюноанастомоз (ПЕА) “duct-to-mucosa” в различных модификациях в 20 случаях, панкреатикогастроанастомоз (ПГА) по оригинальной методике — в 43. Оригинальная методика ПГА заключается в формировании окна в серозно-мышечной оболочке желудка, диссекции слизисто-подслизистого слоя и последующей прецизионной открытой панкреатикогастростомии “duct-to-mucosa” со стороны просвета культи желудка с тампонированием среза культи поджелудочной железы слизисто-подслизистым слоем желудка с использованием мигрирующего каркасного трубчатого дренажа главного панкреатического протока. Для оценки тяжести осложнений в послеоперационном периоде использовали классификацию Clavien-Dindo.

**Результаты.** В послеоперационном периоде осложнения возникли у 35 (55,6%) больных, у некоторых больных было более одного осложнения. Осложнения возникли у 55,0% больных с реконструктивным этапом в виде ПЕА и у 55,8% больных с ПГА. Несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза при этом возникла у 2 (10%) и 6 (14%) больных соответственно ( $p=0,08$ ). Летальность до 28 суток составила 3 случая (4,8%). Послеоперационная летальность составила 10,0% при ПЕА и 2,3% при ПГА ( $p=0,08$ ). Средняя длительность операции составила  $437 \pm 108$  минут при использовании ПЕА и  $378 \pm 60$  минут при формировании ПГА.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о тенденции к снижению летальности при использовании ПГА в реконструктивном этапе операции ПДР. Кроме того, оригинальная модификация ПГА сочетает в себе удобство и техническую простоту исполнения, позволяя сократить длительность реконструктивного этапа на 60 минут.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ И ПОЛИКИСТОЗА ПЕЧЕНИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Киров М.А.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,  
Киров, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения непаразитарных кистозных поражений печени (НПК).

**Материалы и методы.** В клинике кафедры госпитальной хирургии в период с 1998 по 2010 гг. находилось на обследовании и лечении 110 больных с непаразитарными кистами и поликистозом печени (21 (19,1%) мужчина и 89 (80,9%) женщин, в возрасте от 35 до 78 лет).

Клинические проявления заболевания отмечены у 63 (57,3%) больных. У остальных больных кистозное поражение печени выявлено как находка при ультразвуковом исследовании. На основании полученных данных проводили дифференциальную диагностику с паразитарными кистами и другими очаговыми поражениями печени и вырабатывали дальнейшую лечебную тактику.

Больные с одиночными НКП диаметром менее 5-6 см без клинических проявлений наблюдали с УЗИ-контролем 1 раз в год (33 пациента). Больным с кистами диаметром более 5-6 см, при наличии клинической симптоматики, осложнений, а также в случае роста кист при динамическом контроле, ставили показания к хирургическому лечению. Оперировано 77 (70%) больных.

**Обсуждение.** Показаниями к выполнению «открытых» операций у больных с НКП служили: множественное поражение одной из долей печени с кистозной дегенерацией ее паренхимы. «Открытые» хирургические вмешательства выполнили у 42 (54,5%) больных: левосторонняя гемигепатэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 3, левая кавальная лобэктомия — 2, резекция V сегмента печени с кистой — 1, фенестрация кист с последующей дезэпителизацией и капитонажем — 34.

Малоинвазивные вмешательства выполнены у 35 (45,5%) больных: видеолaparоскопическая фенестрация — 10, чрескожное дренирование под УЗИ-контролем — 25. При наличии солитарной кисты, имеющей одну из стенок на поверхности печени, предпочтение отдавали видеолaparоскопической фенестрации кист с обработкой полости 95% спиртом.

В случаях глубинного расположения кист и отсутствии клинко-лабораторных признаков осложнений производили пункционное дренирование под УЗИ-контролем с последующим введением склерозанта. 12 больным с локализацией кист в правой парамедианной и левой кавальной доле (V, IV, II, и III сегменты) оперативное вмешательство выполнили из мини-доступа.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 2 (2,6%) больных: желчный затек после гемигепатэктомии, пролеченный пункционно — у 1 больного и левосторонний плеврит развился у 1. В группе малоинвазивных вмешательств осложнений не было. Летальных исходов нет.

**Заключение.** Выбор оптимальной хирургической тактики определяется объемом поражения ткани печени, локализацией кист, их количеством, отношением к поверхности печени, величиной, состоянием функции печени и наличием сопутствующей патологии. Предпочтение в лечении НКП отдается малоинвазивным методам.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Бахтин В.А., Янченко В.А., Прокопьев В.С.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,  
Киров, Россия

**Введение.** Проблема выбора метода оперативного вмешательства у больных хроническим панкреатитом не теряет актуальности до настоящего времени. В пользу этого говорят множество исследований, проведенных за последние 30 лет. Несмотря на это, выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита остается дискуссионной проблемой и в настоящее время.

**Цель исследования.** Изучить отдаленные результаты различных методов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** В исследование включено 90 больных хроническим панкреатитом, оперированных в клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА в 2006-2010 гг. (женщин — 3, мужчин — 87), в возрасте от 32 до 64



лет (средний возраст —  $49,2 \pm 5,3$  лет). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным при поступлении проводили комплексное клинично-инструментальное обследование. В предоперационном периоде проводили комплексную инфузионную, спазмолитическую, заместительную, анальгетическую и антибактериальную консервативную терапию. Выполняли следующие виды оперативных вмешательств: панкреатоеюностомия по Puestow-Gillesby — у 28 пациентов, операция Frey — у 21, Операция Frey в модификации Falconi — у 22, операция Гальперина — у 4, операция Izbicki — у 4 больных. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам обеих групп проводили антисекреторную, комбинированную антибактериальную, антикоагулянтную, инфузионную и анальгетическую консервативную терапию. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 3 до 48 месяцев после операции с использованием шкалы оценки функционального статуса по Karnofsky.

**Результаты и обсуждение.** Положительные результаты оперативного лечения в 100 и 90 баллов получили у 71,8% больных ( $n=51$ ). Результаты оперативного лечения у 11 (13,3%) пациентов оценены в 80 баллов. Неудовлетворительные результаты, оцененных в 70 баллов, получены у 9 (10%)

пациентов. Неудовлетворительные результаты во всех случаях были обусловлены развитием поздних осложнений. Все специфические осложнения отмечены у пациентов после операции Frey в модификации Falconi. Наилучшие отдаленные результаты получены в группах больных после операции Гальперина, операции Izbicki и операции Frey, соответственно  $93,7 \pm 4,3$ ,  $95,3 \pm 1,3$  и  $90,1 \pm 4,7$  баллов. В свою очередь в группе пациентов с выполненной резекцией головки поджелудочной железы по Frey в модификации Falconi отмечены наихудшие результаты, составившие  $79,9 \pm 4,5$  баллов, что позволяет оценить результаты как неудовлетворительные.

**Выводы.** Таким образом, резекционно-дренирующие вмешательства являются операцией выбора при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Относительная простота выполнения и наилучшие отдаленные результаты продольной V-образной экзцизии вентральной части поджелудочной железы ("longitudinal V-shaped excision") по Izbicki говорят в пользу выбора этого метода оперативного лечения хронического панкреатита. Выполнение продольной панкреатоеюностомии со строгим соблюдением параметров, предложенных Ozawa в 2000 г, обеспечивает стабильно положительные отдаленные результаты оперативного лечения.

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

**Бахтин В.А., Янченко В.А. Аракелян С.М.**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Киров, Россия*

**Цель исследования.** Улучшение результатов радикального хирургического лечения больных со злокачественными поражениями желчного пузыря.

**Материалы и методы.** С 2003 по 2010 гг. в клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА находились на лечении 55 больных со злокачественными поражениями желчного пузыря (ЖП), из них 39 женщин и 16 мужчин в возрасте от 45 до 80 лет. После клинично-лабораторного и инструментального обследования все больные были оперированы. Подавляющему большинству юльных выполнили паллиативные желчеотводящие операции. Радикальные оперативные вмешательства удалось выполнить лишь 8 (14,5%) больным. 4 больным выполнили стандартную холецистэктомию (интраоперационно был поставлен диагноз острый холецистит): 1 пациенту в связи с прорастанием опухоли в V сегмент печени выполнили холецистэктомию и атипичную резекцию V сегмента печени; 1 — холецистэктомию дополнили атипичной резекцией IV

и V сегментов; 1 пациенту произвели холецистэктомию, переднюю резекцию правой доли печени (IV, V, VI сегменты), клиновидную резекцию верхнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) в связи с прорастанием опухоли желчного пузыря передних отделов правой доли печени и ДПК; 1 — выполнили холецистэктомию, резекцию ДПК, в связи с поражением опухолью печеночного изгиба толстой кишки — правостороннюю гемиколэктомию, операцию завершили реконструктивной гепатикоеюностомией. Все оперативные вмешательства дополняли лимфодиссекцией в объеме D1 и D2.

**Результаты.** В группе пациентов, которым холецистэктомию по поводу злокачественного поражения желчного пузыря дополняли резекцией печени, продолжительность жизни составила от 1,5 до 4 лет. В группе больных, где рак желчного пузыря был расценен как холецистит в инфильтрате и выполнили классическую холецистэктомию, рецидив

заболевания наступил в сроки от 1 до 9 месяцев и сопровождался быстрым нарастанием механической желтухи, что потребовало выполнения паллиативных желчеотводящих вмешательств. Осложнений среди пациентов с радикальными вмешательствами и летальных исходов не было. В группе паллиативных вмешательств умерло 4 больных преклонного возраста от неспецифических осложнений.

**Выводы.** Хирургическое лечение больных раком желчного пузыря остается актуальной проблемой.

Это обусловлено поздней диагностикой в связи с частым сочетанием с желчно-каменной болезнью. Во время операции по поводу острого холецистита, осложненного перивезикальным инфильтратом, целесообразно выполнение cito-биопсии. При подозрении на злокачественную патологию холецистэктомия должна дополняться передней резекцией правой доли печени с лимфодиссекцией, что значительно отодвигает ранний рецидив заболевания и развитие механической желтухи.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Кучеров А.А.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Киров, Россия

Хирургическое лечение злокачественных и доброкачественных новообразований печени при сопутствующем вирусном гепатите и циррозе представляет одну из важнейших проблем хирургической гепатологии. Это определяется, с одной стороны, повсеместным ростом заболеваемости населения очаговыми образованиями печени, а с другой — увеличением более чем в 2 раза количества осложнений и летальности после обширных резекций печени при сопутствующем вирусном гепатите и циррозе. Необходимо также отметить относительно низкий процент радикальных операций по поводу злокачественных поражений печени, ассоциированных с гепатитом и циррозом.

**Цель исследования:** создание алгоритма диагностических, тактических, технических и лечебных мероприятий до-, интра-, и послеоперационного периода, направленных на повышение процента радикальных операций, снижение частоты осложнений во время и после операций, уменьшение количества летальных исходов у больных с очаговыми поражениями печени, ассоциированными с хроническим гепатитом и циррозом.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1994 по 2010 гг. пролечено 98 больных с различными очаговыми поражениями печени, ассоциированными с хроническим гепатитом и циррозом печени. Злокачественные поражения печени наблюдали у 69 (70,4%) больных, в том числе первичный рак — у 61 (61,2%), метастатический — у 8 (8,1%). Доброкачественные поражения имели место у 18 (17,4%) больных, паразитарное поражение — у 12 (12,2%). Фоновыми заболеваниями явились: хронический гепатит в 37,7%, цирроз —

в 62,3%, из них класс А по Child-Pugh — в 36%, класс В — в 8,2%, класс С — в 55,8% случаев.

При отборе пациентов для выполнения резекции печени (1 этап предложенного алгоритма) оценивали резектабельность очагового поражения, переносимость больными оперативного вмешательства, показатели функционального резерва и объем остающейся после резекции паренхимы печени. Последний, по нашим данным, должен составлять не менее 40% при сопутствующем хроническом гепатите, не менее 50% при наличии цирроза класса А и не менее 60% при циррозе класса В. Цирроз печени класса С считаем противопоказанием к резекции печени вне зависимости от объема поражения. Интраоперационный этап (2 этап алгоритма) — прецизионная техника диссекции с использованием современной высокотехнологичной аппаратуры для минимизации кровопотери и травматизации печеночной ткани с максимальным сохранением функционирующей ее части. Послеоперационный этап (3 этап алгоритма) — внутрипортальная инфузия гепатопротекторов через реканализированную пупочную вену.

**Результаты.** Предложенный алгоритм используем с 2009 года. За это время удалось снизить процент осложнений после резекции печени, пораженной дистрофическим процессом с 56,2% до 32,4% при хроническом гепатите, и с 58% до 52% при циррозе ( $p < 0,05$ ). Летальность при сопутствующем циррозе снизилась с 16,6% до 12,5%.

**Выводы.** Предложенный алгоритм комплексного хирургического лечения позволил снизить количество послеоперационных осложнений, летальность и увеличить частоту радикальных операций.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Безбазов Х.С., Безбазов Б.Х., Мамашев Н.Д., Буларкиев А.Б., Уметалиев Т.М., Туркбаев А.Б.  
ГОУ ВПО Кыргызско-российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

**Цель исследования:** проанализировать непосредственные результаты обширных резекций печени по поводу очаговых поражений.

**Материалы и методы.** С 8 апреля 2009 года в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики было выполнено 36 обширных резекций печени воротным способом пациентам с различными очаговыми образованиями печени. Женщин было 28, мужчин — 8, возраст больных варьировал в пределах от 27 до 68 лет (в среднем составил  $43 \pm 3$  года). Очаговые образования были представлены следующим образом: альвеококкоз диагностировали в 27 наблюдениях; гемангиому — у 2 пациентов, первичный рак печени — в 5 наблюдениях, метастатический рак печени — в 2. Выбор объема резекции определялся размером и локализацией образования, а также функциональным резервом печени. Размеры образования были: до 10 см. — в 11 случаях, от 10 до 20 см. — в 18 и более 20 см. — в 7 наблюдениях. Предпочтение отдавали анатомическим способам резекции с отдельным выделением и обработкой элементов, составляющих воротную структуру печени.

**Результаты.** Выполняли следующие оперативные вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) — 24; расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 3, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) — 6; расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 3.

Интраоперационная кровопотеря зависела от объема резекции печени. Максимальную кровопотерю отметили при расширенной ПГГЭ с резекци-

ей гепатикохоледохы и наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле кишки — 3000 мл. Средний объем кровопотери при ПГГЭ составил 1200 мл, при ЛГГЭ — 500 мл.

Послеоперационные осложнения возникли у 12 (33,3%) больных: печеночная недостаточность возникла вследствие недостаточности объема оставшейся части печени — у 6 пациентов; реактивный плеврит возник в послеоперационном периоде у 3 пациентов; желчеистечение возникло у 3 больных, что объясняется, по-видимому, предельно обширной раневой поверхностью печени после перенесенной расширенной гемигепатэктомии; нагноение послеоперационной раны наблюдали у 1 больного, у которого была печеночная недостаточность. Несмотря на довольно высокую частоту и большое разнообразие послеоперационных осложнений после обширных резекций печени, летальность составила 8,3%. Летальный исход отмечен у 3 больных из-за профузного желудочно-кишечного кровотечения на 8 сутки после операции (1) и острого инфаркта миокарда в отделении реанимации и интенсивной терапии (2).

**Заключение.** Обширные резекции печени относятся к сложным и высокотехнологичным хирургическим вмешательствам. Основным техническим моментом снижения интраоперационной кровопотери является выполнение обширной резекции печени воротным способом. Ценность данной методики сосудистой изоляции печени определяется не только предупреждением операционной кровопотери, но и возможностью выполнения резекции без ишемического воздействия на паренхиму остающейся после резекции доли печени.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Безбазов Х.С., Безбазов Б.Х., Мамашев Н.Д., Буларкиев А.Б., Уметалиев Т.М., Туркбаев А.Б.  
ГОУ ВПО Кыргызско-российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения альвеококкоза печени.

**Материалы и методы.** В клинике им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2009 года по поводу альвеококкоза печени оперировано 35 пациентов. Возраст больных варьировал в пределах от 15 до 68 лет и в среднем составил 36 лет. Мужчин было 12 (36,0%),

женщин — 23 (64,0%). Выбор объема резекции печени определялся размером и локализацией альвеококка. Очаг поражения локализовался в правой доле у 27 (77,1%) больных, в левой доле — у 7 (20,0%) и билобарное поражение отмечено у 1 (2,9%). Предпочтение отдавали анатомическим способам резекции с отдельным выделением и обработкой элементов, составляющих сосудисто-секреторные ножки доли.

Вовлечение в паразитарные узлы нижней поллой вены (НПВ) диагностировали у 5 (14,3%) больных. 6 пациентам ранее выполнили различные оперативные вмешательства: атипичная резекция печени — 3 и эксплоративная лапаротомия — 3.

**Результаты.** Радикальные резекции печени выполнили 29 (82,9%) больным: гемигепатэктомию — 19, расширенную гемигепатэктомию — 2, расширенную гемигепатэктомию с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатикоюноанастомоза на выключенной по Ру петле кишки — 1, бисегментэктомию — 5, резекцию центральных сегментов печени — 1 и 1 больному выполнили левостороннюю боковую секционэктомию с резекцией VIII сегмента печени. Из них повторные резекции печени выполнили 2 больным.

Паллиативные резекции печени выполнили 6 (17,1%) больным: гемигепатэктомию — 2, расширенную гемигепатэктомию — 3 и бисегментэктомию — 1. Из них повторные резекции печени — 4 больным. Паллиативность оперативных вмешательств заключалась в оставлении «пластинки» паразитарного узла на НПВ у 5 больных и на воротной вене — у 1.

Послеоперационные осложнения возникли у 28,6% пациентов. Умерло 2 больных: один от острого желудочно-кишечного кровотечения и второй от острого инфаркта миокарда. Таким образом, летальность составила 5,7%.

В отдаленном периоде умерло 2 больных. У одного пациента через 1,5 года выявили множественные метастазы альвеококкоза в головной мозг. Ранее ему были выполнены паллиативные вмешательства в 2006 и в 2007 гг. У второй пациентки через 7 месяцев после расширенной гемигепатэктомии выявили продолженный рост. Больная умерла от печеночной недостаточности. За два года до операции ей была произведена эксплоративная лапаротомия.

Радикально оперированные больные на данный момент не имеют признаков рецидива заболевания.

**Заключение.** Резекция печени при альвеококкозе является радикальным оперативным вмешательством. При вовлечении в паразитарные узлы НПВ и отсутствии опыта резекции сосудов оправдана паллиативная операция с оставлением «пластинки» альвеококка на НПВ. При альвеококкозе печени зачастую только интраоперационная ревизия позволяет определить резектабельность паразитарного узла.

## МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Мандриков В.В., Кондаков В.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов профилактики и лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных с портальной гипертензией (ПГ) путем применения эндоскопического лигирования (ЭЛ), в том числе в комплексе с другими малоинвазивными методами хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** Пациенты категории Child-Pugh B-C плохо переносят «традиционные» хирургические пособия. В настоящее время именно ЭЛ признано в качестве «золотого стандарта первой линии» при кровотечениях портального генеза. ЭЛ ВРВП, как самостоятельный метод или последовательно в комплексе с другими малоинвазивными методами хирургической коррекции, применили в качестве способа непосредственного воздействия на очаг у 66 больных. У 52 (78,8%) пациентов причиной ВРВП был цирроз печени (ЦП), у 14 (21,2%) — внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Показаниями к коррекции считали: 1. необходимость первичной профилактики пищеводного

кровотечения (ПК) — в 33 (31-ЦП, 2-ВПГ) случаях; 2. вторичную профилактику ПК — у 9 (5+4) пациентов; 3. состоявшееся ПК, остановленное консервативно — в 17 (12+5) случаях; 4. продолжающееся ПК — у 7 (4+3) больных. Патологические изменения вен пищевода у 10 (71,4%) больных группы ВПГ классифицировали как ВРВП III; в группе ЦП — в 41 (78,8%) наблюдениях. В виде самостоятельного метода ЭЛ ВРВП выполнили у 36 больных (ЦП — 30, ВПГ — 6). В 30 наблюдениях его дополнили лапароскопической диссекцией венечной вены желудка (ЛДВВЖ) и/или рентгеноэндоваскулярной эмболизацией селезеночной артерии (ЭСА). В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик (22 пациента) были следующими: ЭЛ+ДВВ+ЭСА — 16; ЭЛ+ЛДВВЖ — 1; ЭЛ+ЭСА — 5. У больных с ВПГ ЭЛ дополнили ЭСА в 7 случаях и ЛДВВЖ у 1 пациента. В 26 (86,7%) наблюдениях при продолжающемся или угрозе возникновения/рецидива ПК на первом этапе выполнили ЭЛ до достижения



эрадикации. У 14 больных потребовался 1 сеанс ЭЛ, у 39 — 2, у 13 — 3 сеанса. Контрольную эзофагогастродуоденоскопию выполняли через 10–12 дней. В зависимости от выраженности ВРВП накладывали от 4 до 10 лигатур за сеанс. В среднем их количество составило 6. Предварительно в желудок через инструментальный канал эндоскопа проводили контрольный ниппельный зонд диаметром 7 fr. для выявления рецидива кровотечения в постманипуляционном периоде. Лигатуры накладывали от области кардиоэзофагеального перехода и выше в шахматном порядке по спирали с сохранением одного «дренирующего» ствола.

**Результаты.** Общая летальность составила 21,2% (14 пациентов). 13 умерших больных с ЦП относились к классу Child-Pugh C, 1 — с ВПГ.

Причиной смерти в группе ЦП явились рецидив ПК (4) и печеночная кома (10). Сроки наблюдения составили от нескольких месяцев до 6 лет. При изолированном применении ЭЛ количество рецидивов ВРВП через 1 год достигало 41,6% (15 наблюдений), при дополнении ЭЛ ЛДВЖ и/или ЭСА рецидив ВРВП выявили в 10% (3 случая). У пациентов, которым проводили комплексное малоинвазивное лечение, летальных исходов, связанных с развитием ПК в раннем постманипуляционном периоде, и при последующем наблюдении в течение 6 лет не регистрировали.

**Выводы.** Оптимальным вариантом профилактики и лечения ПК при ПГ является сочетанное применение ЭЛ ВРВП с другими малоинвазивными методами коррекции.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСХОДОВ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

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

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Цель исследования:** разработка новых способов хирургического лечения исходов панкреонекроза.

**Материалы и методы.** В клинике факультетской хирургии с 1990 по 2011 гг. на лечении находился 181 больной с исходами ранее перенесенного панкреонекроза. Из них мужчин — 112, женщин — 69. Средний возраст больных составил  $49,6 \pm 2,19$  лет.

Наиболее часто встречаемыми исходами панкреонекроза были следующие морфологические изменения структуры поджелудочной железы: постнекротические кисты (60% наблюдений), склероз, фиброз и кальцификация стромы поджелудочной железы (ПЖ) с формированием желчной и панкреатической гипертензии, наружных и внутренних свищей, панкреато- и вирсунголитиаза (40% наблюдений). Основной причиной частых атак болевого синдрома, рецидива кистообразования, неэффективности лечения наружных и внутренних фистул, возникновения механической желтухи была некоррегированная желчная и панкреатическая гипертензия. В связи с чем, нами были разработаны два новых способа внутреннего дренирования кист головки и магистрального протока ПЖ (МППЖ). Суть первой операции заключалась в сочетании папиллосфинктеропластики с глубокой (до 3 см) вирсунгопластикой и цистодуоденопластикой (ПВЦДП). Таким образом выполнили 22 операции. Суть второй операции заключалась в выполнении вирсунгодуоденопластики в сочетании каркасным дренированием МППЖ. При этом введение каркаса осуществ-

ляли в два этапа: 1) вирсунготомия длиной до 10 мм в области тела ПЖ, ревизия протока и извлечение микролитов, бужирование терминальной части МППЖ с расширением его устья и вирсунгодуоденопластикой; 2) введение каркасной трубки диаметром 5 мм через устье МППЖ, его фиксация к слизистой двенадцатиперстной кишки, ушивание ранее выполненного вирсунготомического отверстия в области тела ПЖ. Данным способом оперировали 4 пациентов. Оперативное вмешательство сочетали: с иссечением наружного панкреатического свища ( $n=1$ ); вскрытием и дренированием кисты ПЖ ( $n=1$ ). Оперативное вмешательство сопровождалось холедохотомией и папиллосфинктеропластикой.

В остальных наблюдениях были предприняты: 1) УЗ-диагностические способы лечения (пункция, дренирование кистозных образований) — у 12 пациентов; 2) видеоэндоскопические методы (стентирование МППЖ); 3) миниинвазивные хирургические вмешательства (вскрытие, дренирование, некрсеквестрэктомия из мини-доступа под видеоэндоскопическим контролем (12 наблюдений); 4) внутреннее дренирование кист ПЖ (цистодуоденопластика в 4 наблюдениях; продольная цистоеюностомия, цистоэнтеростомия, гапетико- и гастроэнтероанастомозы у 65 больных); 5) консервативные методы лечения (рентгеноапатия в 5 наблюдениях, применение различных раздражающих препаратов с целью облитерации свищевых ходов).

**Результаты.** Традиционные способы внутреннего дренирования постнекротических кист были в

большинстве наблюдений эффективными. ПВДДП позволило успешно ликвидировать постнекротическую кисту головки ПЖ и панкреатическую гипертензию во всех наблюдениях. Желчеистечение отмечено у 2 больных и купировано консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было. Дуоденовирсунгопластика в сочетании каркасным дренированием МППЖ была эффективна у 4 пациентов. У 1 больного послеоперационный период осложнился развитием панкреатита, желчной гипертензии и транзиторным желчеистечением. УЗ-диагностические методы лечения сформированных кист ПЖ оказались неэффективными и имели лишь диагностическое значение. Малоинвазивные вмешательства были менее эффективными, чем

традиционные способы коррекции морфологических изменений структуры ПЖ, парапанкреатической клетчатки и содружественных ПЖ органов.

**Выводы.** 1. Миниинвазивные хирургические вмешательства являются малоэффективными при лечении исходов панкреонекроза. 2. Папилловирсунгоцистодуоденопластика эффективно ликвидирует постнекротическую кисту головки ПЖ и панкреатическую гипертензию. 3. При протяженном стенозировании терминального отдела вирсунгова протока в сочетании с выраженной панкреатической гипертензией относительно простым и эффективным способом может стать дуоденовирсунгопластика с каркасным дренированием МППЖ.

## ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЙ ХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ВОЗМОЖНЫЙ СПОСОБ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Белоконев В.И., Хункуй И., Титов А.Н.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

**Цель исследования:** провести анализ причины повреждений холедоха при резекции желудка и предложить способ ее профилактики.

**Материалы и методы.** Из общего числа больных (54) с травмами и стриктурами холедоха у 4 (7,4%) пациентов осложнения возникли после операции резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной кровотечением. Все пациенты были мужского пола. Травма протока на уровне супрадуоденальной части холедоха была у 1 больного, на уровне ретродуоденальной — у 3.

**Результаты.** Из 4 пациентов с травмами протоков при резекции желудка умерло 2. Анализ причин повреждения холедоха при резекции желудка показал, что у всех больных были низкие язвы задней стенки ДПК, осложненные кровотечением тяжелой степени. Во всех наблюдениях хирурги проводили мобилизацию ДПК для ее выделения за контуры язвы. Это привело к повреждению супрадуоденальной части холедоха у 1 больного на большом протяжении и для отведения желчи провели дренирование холедоха по Керу. На этом месте сформировалась стриктура, потребовалось выполнение гепатикоэнтеростомии по Гетцу. Послеоперационное состояние больного удовлетворительное, проводится его реабилитация (сквозной дренаж в протоке в течение 1 год). У 1 больного ДПК пересечена ниже большого дуоденального сосочка (БДС). Осложнение, обнаруженное вовремя, позволило отключить дистальный

отдел ДПК, а проксимальный отдел на участке с БДС был анастомозирован с петлей тонкой кишки, отключенной по Ру. Больной поправился. У 2 пациентов аналогичные осложнения были выявлены спустя несколько дней после вмешательства на фоне развившегося гнойно-ферментативного смешанного (панкреатогенного и желчного) перитонита, холангиогенного гнойного гепатита. Выполнили сквозное транспеченочное дренирование холедоха по Гетцу без формирования анастомоза с кишкой и отдельное дренирование Вирсунгова протока, устранение несостоятельности гастроэнтеро- и энтероэнтеро- анастомозов. Послеоперационный период у 1 больного был крайне тяжелым, он умер от прогрессирующей полиорганной недостаточности на 3 сутки после операции. 1 больной после аналогичного вмешательства погиб через 3 месяца после операции от развившихся множественных острых язв, обусловленных полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в желудочно-кишечный тракт.

Анализ тяжелых осложнений при резекции желудка по способу Бильрот показал, что способ остановки кровотечения из язвы ДПК путем ее выведения за контуры ДПК не всегда оправдан. С одной стороны, он приводит к неизбежной травме поджелудочной железы (ПЖ) с развитием посттравматического ограниченного панкреанекроза, следствием которого является несостоятельность культи ДПК. С другой стороны, при таком подходе очень высок риск повреждения общего желчного

и панкреатического протоков. Вариантом операции, позволяющим снизить риск подобных осложнений при резекции желудка, является обработка культи и язвы ДПК по способу К. П. Сапожкова (1951). Опыт подобных операций, накопленный нами, подтверждает их эффективность и безопасность.

**Выводы.** 1. Повреждение внепеченочных желчных протоков при операции резекции желудка является тяжелейшим осложнением, летальность при

котором составляет 50%. 2. Причиной повреждения внепеченочного и панкреатического протоков является стремление хирурга мобилизовать ДПК ниже язвы для ее выведения за контур кишки. 3. Обработка язв ДПК по способу К.П. Сапожкова с лигированием сосудов в дне язвы без выведения ее за контуры кишки позволяет избежать повреждения внепеченочного и панкреатического протоков, а также несостоятельности культи ДПК.

## ТЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОГЕННОГО ГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГЕПАТИКОЭНТЕРОСТОМИИ НА СМЕННОМ ДРЕНАЖЕ ПО ГЕТЦУ

Белоконов В. И., Капишников А. В., Хункуй И, Галстян Н. Э.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Оценка влияния транспеченочного дренажа на течение холангиогенного гепатита, его диагностика, разработка способов профилактики и лечения имеют важное практическое значение.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с травмами и стриктурами гепатикохоледоха путем улучшения диагностики холангиогенного гепатита, разработки способов его профилактики и лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ течения послеоперационного периода у 54 больных с травмами (25) и стриктурами (29) гепатикохоледоха, которым была выполнена гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу.

Оценку течения холангиогенного гепатита проводили по клиническим данным (интенсивности и характеру боли в животе, температуре), рентгенологическим (холангиография), лабораторным, биохимическим, цитологическим и бактериологическим данным. Кроме того, впервые для оценки функционального состояния печени больных после операции Гетца использовали радиоизотопную сцинтиграфию.

Динамическую гепатобилисцинтиграфию провели на планарной гамма-камере с компьютерной системой обработки изображений. Радиофармпрепарат (РФП) ( $^{99m}\text{Tc}$ -броммезида, «Диамед») вводили внутривенно в дозе 50-70 МБк. Регистрировали серию кадров (90 кадров, 1 минута/кадр). Кривые трансфера гепатотропного радиоиндикатора получили из нескольких зон интереса (паренхима печени, внутрипеченочные желчные протоки, тонкий кишечник).

**Результаты и их обсуждение.** Из 54 больных непосредственно после операции в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности умерло 2 (3,7%) пациента. Еще 1 (1,85%) пациент с

травмой общего желчного и панкреатического протока при резекции желудка умер спустя 2 месяца на фоне ферментативного холангиогенного гепатита. У всех пациентов после операции в первые 6 суток отметили обострение холангита. Однако к моменту выписки у 48 (94,1%) больных клиника обострения на фоне декомпрессии желчевыводящих путей и антибактериальной терапии купировалась, а у 3 (5,9%), несмотря на проводимое аналогичное лечение, явления холангиогенного гепатита приняли затяжной характер. В анализе крови у 1 больной при бактериологическом исследовании обнаружили палочку Клебсиеллы, у 2 посева крови были стерильными. В желчи, полученной из дренажа, обнаружили множественные колонии бактерий. У этих больных антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия была неэффективна.

Компьютерный анализ кинетических кривых активности РФП при гепатобилисцинтиграфии подтвердил положительную динамику течения холангита и эффективность декомпрессии желчных путей у больных с транспеченочными дренажами. Диагностическим преимуществом радионуклидной визуализации является возможность объективной количественной оценки проходимости анастомоза.

У 4 больных, в том числе и у 3 пациентов с затяжным течением холангита, наряду с традиционным лечением использовали облучения печени с помощью инфракрасного лазера по разработанному оригинальному способу. Такой вариант терапии оказался эффективным, явления холангиогенного гепатита у всех больных были купированы.

**Выводы.** После операции Гетца обострение холангиогенного гепатита наблюдается у 100% больных, причем у 94,1% оно полностью купируется через 2 недели после вмешательства, а у 5,9% приобретает затяжной характер.

Динамическая гепатобилисцинтиграфия позволяет оценить функцию паренхимы печени, пассаж желчи с радиоиндикатором по транспеченочному дренажу после операции Гетца и объективно судить об эффек-

тивности профилактических и лечебных мероприятий.

Включение в комплекс лечения холангиогенного гепатита облучения печени инфракрасным лазером способствует купированию обострения заболевания.

## ВНУТРИПОРТАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Беляев А.Н., Козлов С.А., Беляев С.А., Костин С.В., Хвостунов С.И.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

В лечении механической желтухи, кроме декомпрессии желчевыводящих путей, важное значение приобретает эффективность гепатопротекторной терапии, которую можно повысить: во-первых, с использованием внутрипортального метода введения, позволяющего достичь большей концентрации лекарственного вещества в ткани печени и, во-вторых, применением препаратов, обладающих антигипоксантами и антиоксидантными свойствами.

**Цель исследования.** Дать сравнительную оценку внутривенному и внутрипортальному методам инфузионной озонотерапии механической желтухи.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 60 больных с синдромом механической желтухи. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 3 группы. Больным 1 группы проводили традиционное лечение. У больных 2 группы, наряду с традиционным лечением, использовали внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ОФР) в концентрации 2500 мг/л. Больным 3 группы интраоперационно катетеризировали пупочную вену с целью длительных внутрипортальных инфузий ОФР объемом 400 мл в течение 5-7 суток послеоперационного периода.

Изучали активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ), каталазы, содержание общего билирубина и его фракций, малонового диальдегида (МДА).

**Результаты.** Механическая желтуха сопровождалась повышением прямого билирубина до 181,7, непрямого — до 77,2 мкмоль/л, АлАТ и АсАТ — до 1,88 и 1,18 ммоль ч/л, концентрации МДА — до 16,32 мкмоль/л (в 4 раза).

Активность каталазы снижалась до 2,27 мккат/л (на 43,2% ниже нормы).

У больных 1 группы после декомпрессии холедоха на фоне инфузионной терапии происходило снижение прямого и непрямого билирубина до 34,6 и 26,6 мкмоль/л, АсАТ, АлАТ — до 0,76, 1,27 ммоль ч/л. Концентрации МДА — до 10,28 мкмоль/л, увеличение активности каталазы — до 3,0 мккат/л.

Использование внутривенных инфузий ОФР (2 группа) в пред- и послеоперационном периоде приводило к уменьшению содержания прямого и непрямого билирубина до 12,4 и 15,2 мкмоль/л, АсАТ — до 0,56, АлАТ — до 0,77 ммоль ч/л, концентрации МДА — до 6,4 мкмоль/л, увеличению активности каталазы — до 3,7 мккат/л.

У больных 3 группы после внутрипортальных инфузий ОФР к 15 суткам послеоперационного периода содержание прямого и непрямого билирубина соответствовало 7,6 и 12,8 мкмоль/л, АлАТ и АсАТ — 0,5 и 0,38 ммоль ч/л. Отмечали существенное снижение до 5,2 мкмоль/л содержания МДА и повышение с 2, 27 до 4,47 мккат/л активности каталазы.

**Выводы.** 1. Инфузии озонированного физиологического раствора при лечении механической желтухи снижают процессы свободнорадикального окисления и стимулируют синтез антиоксидантных ферментов. 2. Из путей введения озонированного физиологического раствора предпочтительным является внутрипортальный, позволяющий в большей степени повысить метаболическую активность печени.

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ВНУТРИПОРТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННЫХ СРЕД ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Беляев С.А., Козлов С.А., Беляев А.Н., Елистратов Ю.В.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Повышение интереса к внутрипортальному методу инфузионной терапии при заболеваниях печени

указывает на целесообразность оптимизации параметров внутрипортального введения инфузионных сред.



**Цель исследования.** Обоснование оптимальной скорости внутриворотного введения лекарственных жидкостей.

**Материалы и методы.** Проведены эксперименты на 30 собаках, которым под внутриворотным тиопентал-натриевым (0,05 г/кг массы) наркозом проводили лапаротомию и катетеризировали воротную вену.

В зависимости от скорости и объема внутриворотных инфузий животных разделили на 3 серии. В 1 серии проводили внутриворотное введение изотонического раствора натрия хлорида в объеме 10 мл/кг со скоростью 65-70 мл/мин; во 2 серии — со скоростью 30-35 мл/мин; в 3 серии — со скоростью 3-4 мл/мин (соответствует 40-60 каплям в минуту). Нагнетание жидкостей со скоростью 65-70 мл/мин соответствовало перфузионному давлению в 160 мм вод. ст., со скоростью 30-35 мл/мин — 150 мм вод. ст., при этом исходное портальное давление составляло 135 мм вод. ст.

**Результаты.** Внутриворотное введение изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 65-70 мл/мин через 24 часа вызывало повышение активности аспарагиновой (АсАТ) и аланиновой (АлАТ) аминотрансфераз — на 84 и 87%. Содержание непрямого билирубина увеличивалось на 67%. Синтез белка и фибриногена снижался на 24 и 70% ( $p < 0,001$ ). Портальное давление повышалось до 168 мм вод. ст. На гистологических

препаратах имелись признаки клеточной гипоксии (дискомплексация гепатоцитов, отсутствие цитоплазматических включений).

Внутриворотное введение изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 30-35 мл/мин через 24 часа сопровождалось увеличением активности АсАТ и АлАТ соответственно на 23 и 56%, возрастанием содержания непрямого билирубина на 27%. Синтез белка снижался на 17%, фибриногена — на 28% ( $p < 0,01$ ). Портальное давление возрастало до 165 мм вод. ст. На гистологических препаратах определялись несколько набухшие гепатоциты со светлой цитоплазмой.

Внутриворотное капельное (3-4 мл/мин) введение изотонического раствора натрия хлорида существенных нарушений функции печени не вызывало, что подтверждалось стабильностью гемодинамических, биохимических показателей (превышали исходные величины на 2-3%) и сохранностью гистологической структуры органа. Портальное давление соответствовало 136 мм вод. ст.

**Заключение.** Экспериментально показано, что для печени небезопасны высокие скорости внутриворотных инфузий жидкостей. Это приводит к отеку органа с нарастанием структурных и функциональных нарушений, свойственных гипоксии печени. Оптимальной скоростью проведения внутриворотных инфузий является 3-4 мл/мин, которая не вызывает нарушения функции и структуры органа.

## КОРРЕКЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Беляев С.А., Козлов С.А., Беляев А.Н., Хвостунов С.И.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования.** Изучение свободнорадикальных процессов при остром обтурационном холестазе и их коррекция антиоксидантом — мексидолом.

**Материалы и методы.** Для оценки эффективности мексидола в коррекции окислительного стресса при механической желтухе проведены исследования на 30 собаках, которых разделили на 3 серии. Эксперименты проводили под внутриворотным тиопентал-натриевым (0,045-0,050 г/кг массы) наркозом. Механическую желтуху моделировали путем наложения петли-удавки на общий желчный проток.

В 1 серии животных (10 собак) были определены показатели функции печени, про- и антиоксидантного потенциала при длительном (15 суток) внепеченочном холестазе.

Во 2 серии (10 собак) декомпрессию желчевыводящих путей осуществляли удалением лигатуры

холедоха на 3-и сутки внепеченочного холестаза. Проводили внутривенное капельное введение 0,9% раствора хлорида натрия в объеме 20 мл/кг массы. Инфузионную терапию проводили ежедневно до 7-ых суток эксперимента.

В 3 серии изучали динамику показателей функционального состояния печени и окислительного статуса после применения мексидола (6,45 мг/кг), вводимого внутривенно на физиологическом растворе (20 мл/кг).

**Результаты.** Динамика изменений параметров функций печени при остром обтурационном холестазе характеризовалась повышением общего билирубина в 39 раз ( $p < 0,001$ ). Наряду с этим наблюдали увеличение активности энзимов гиаплазмы — АсАТ и АлАТ в 10,9 и 13,28 раза от исходных цифр, а значительное снижение коэффициента Де Ритиса на 53% свидетельствовало о

токсическом повреждении мембран гепатоцитов и их некрозе.

Исследование прооксидантно-антиоксидантного статуса организма выявило резкую интенсификацию процессов свободнорадикального окисления с увеличением концентрации малонового диальдегида плазмы на 3; 7 и 10 сутки эксперимента в 4,2; 7,4 и 9,1 раза. В целом изменения гомеостаза при обтурационном холестазе позволяют судить о развитии состояния, характеризующегося как окислительный стресс.

Инфузионная терапия изотоническим раствором натрия хлорида после декомпрессии холедоха способствовала уменьшению клеточного цитолиза и некоторому повышению белоксинтезирующей активности печени. Наиболее значимо происходило уменьшение содержания общего билирубина, АсАТ, АлАТ — в 3-3,5 раза; ЩФ, креатинина — в 1,5-2 раза.

Несмотря на выявляемую положительную динамику, значения изучаемых показателей к концу эксперимента оставались на уровне, в несколько (2,5-11) раз превышающем исходные.

Состояние внутренней среды организма характеризовалось незначительным снижением интенсивности процессов ПОЛ с одновременным прогрессирующим истощением активности антиоксидантной системы.

Ликвидация холестаза посредством декомпрессии холедоха и последующая терапия мексидолом приводили к улучшению функционального состояния печени, что проявлялось значительным восстановлением функции гепатоцитов и снижением процессов цитолиза. На 7-ые сутки эксперимента на фоне внутривенного введения мексидола активность внутриклеточных ферментов — ЩФ, АсАТ и АлАТ — снижалась на 77; 86,6 и 88,8% соответственно, составляя 117,5; 130 и 237% от исходных значений. Уровень общего билирубина уменьшался в среднем с  $301,42 \pm 3,88$  мкмоль/л до  $10,01 \pm 0,03$  мкмоль/л. Исследование оксидативного статуса выявило выраженное уменьшение интенсивности свободнорадикальных реакций. Концентрация МДА уменьшалась в среднем с  $16,81 \pm 0,87$  до  $7,98 \pm 0,59$  мкмоль/л. Активность антиоксидантной системы печени к концу эксперимента характеризовалась повышением содержания каталазы с 60,3 до 90,8%,

**Заключение.** Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности мексидола в лечении обтурационного холестаза и его способности корректировать нарушения окислительного гомеостаза с последующим повышением функциональной активности печени.

## ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ СОСОЧКОВ

Богомолов Н.И.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель исследования:** анализ опыта лечения больных с ворсинчатыми опухолями большого и малого дуоденальных сосочков.

**Материалы и методы.** За 34 года по материалам трех клиник располагаем опытом диагностики и лечения 7 больных с ворсинчатыми опухолями дуоденальных сосочков. Мужчин было 2, женщин — 5 в возрасте от 48 до 73 лет. Впервые результаты лечения данной патологии у больного с резецированным по Бильрот-2 желудком мы опубликовали в журнале «Хирургия» (№ 9 за 1983 год). Опухоль локализовалась в большом дуоденальном сосочке у 6 больных (у всех была механическая желтуха), в малом — у 1. Диагноз установили при фиброгастродуоденоскопии и гистологическом исследовании биопсионного материала.

Хирургическое лечение произвели 5 больным, 2 больных отказались от операции. У 2 пациентов выполнили лапаротомию, дуоденотомию, резек-

цию опухоли с сосочком, реплантацию холедоха и панкреатического протока в кишку на потеранных дренажах. У больной с опухолью малого сосочка произвели иссечение полипа с сосочком и перевязкой устья санториниева протока. 1 пациентке выполнили эндоскопическую полипэктомию.

В раннем послеоперационном периоде вторичное кровотечение из зоны иссечения опухоли было у 2 больных (остановлено консервативными мероприятиями и эндоскопическими методами). Через 16 и 27 месяцев отказавшиеся от операции пациенты поступили повторно уже с раком двенадцатиперстной кишки, обе признаны неоперабельными. Отдаленные результаты 5 человек прослежены в сроки от 2 до 11 лет, рецидива опухоли не выявлено.

**Заключение.** При ворсинчатых опухолях дуоденальных сосочков показана срочная операция, лучше традиционным лапаротомным доступом с реплантацией устьев протоковых структур в кишку.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Бородач В.А., Черепанов В.Г., Бобохидзе Д.Н., Рыжков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** анализ хирургического лечения деструктивного холецистита у больных старческого возраста и долгожителей.

**Материалы и методы.** За период 2007-2010 гг. в клинике оперировано 1357 больных с желчнокаменной болезнью, острым холециститом. В основу исследования положены материалы хирургического лечения 147 пациентов в возрасте от 80 до 96 лет, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. Женщин было 97 (65,9%), мужчин — 50 (34,1%). Средний возраст больных — 85,7 лет. Сопутствующие заболевания (2 и более) выявлены у всех пациентов (гипертоническая болезнь, ИБС, мочекаменная болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма и т.д.). Повышенное содержание билирубина в крови (свыше 47,0 мкмоль/л) отметили у 89 больных с деструктивными формами воспаления. Однако непроходимость общего желчного протока отмечена у 58; у остальных пациентов причиной выраженной билирубинемии явился хронический и токсический гепатит, холангит. Всем больным применен стандартный алгоритм обследования, включающий клинико-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости. Предоперационная подготовка включала в себя инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную терапию, а также необходимую коррекцию сопутствующих заболеваний. При механической желтухе внутреннее дренирование желчных протоков (54) провели в сочетании с наружным дренированием не только для профилактики несостоятельности швов анастомоза, но и с целью снижения интоксикации и печеночной недостаточности. В 3 случаях, при «вклинившихся» камнях в дистальном отделе холедоха, применили папиллос-

финктеропластику. Холедохотомию мы делаем поперечно, перпендикулярно оси протока. Поэтому при восстановлении целостности протока, или формировании холедоходуоденоанастомоза, наложенный однорядный шов тонкой рассасывающейся нитью, не деформирует ни желчный проток, ни двенадцатиперстную кишку. Большинству больных (102) операции выполнили в течение 24-48 ч. с момента госпитализации, 21 пациенту — в течение 5-24 ч. и 24 — операция выполнена спустя 72 ч. В возрасте старше 85 лет, чаще всего предоперационный период превышал допустимый предел из-за отказа больных (чаще всего родственников) от операции. Практически у всех больных, поступивших в стационар, преобладали гнойные или гнойно-некротические процессы, успешное лечение которых возможно посредством раннего хирургического вмешательства. Хирургическое лечение проводили открытым способом из «малого» (10-12 см) доступа в правом подреберье.

**Результаты.** Из 147 пациентов, оперированных по поводу деструктивного воспаления в желчных путях, летальность составила 6,1%, осложнения зафиксированы у 9,5% больных. Неблагоприятные исходы обычно связаны с поздней госпитализацией стариков в стационар, неоправданно длительным предоперационным периодом, и возникшими, в связи с этим, необратимыми осложнениями со стороны жизненноважных органов и систем, объединенных синдромом полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Наиболее целесообразным является традиционный метод хирургического лечения, включающий общепринятый период подготовки, не превышающий 24 ч.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА МЕТОДОМ ХРОМАТОГРАФИИ

Бровкин А.Е., Буткевич А.Ц., Измайлов С.Г., Рябков М. Г. Наливайский А.А., Богданов С.Н.

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, Москва,  
ФГУ Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно, Россия

**Цель исследования:** с помощью метода газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) оценить эффективность комплексного консервативного лечения с гипербарической оксигенацией (ГБО) в профилактике инфицирования и нагноения очагов деструкции при панкреонекрозе.

**Материалы и методы.** С помощью системы для хромато-масс-спектрометрического анализа НР-5985В с хроматографом НР-5840 проведено динамическое исследование плазмы крови пациентов с панкреонекрозом на наличие летучих жирных кислот (ЛЖК) и токсических метаболитов (ТМ) в

двух группах больных (12): у 9 не оперированных пациентов со стерильным панкреонекрозом (СПН) и у 3 с инфицированным панкреонекрозом (ИПН), оперированных в связи с нагноением.

Степень развития парапанкреатических осложнений оценивали с помощью инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ брюшной полости).

Всем больным с момента верификации деструктивного панкреатита проводили комплексное консервативное лечение в РАО, включающее гипербарическую оксигенацию (ГБО). ГХ–МС исследования проводили в динамике, до и после процедур ГБО.

**Результаты.** Выделены основные ЛЖК, уровень которых косвенно указывает на активность и вирулентность анаэробной неклостридиальной инфекции (АНИ). Выявлено наличие в плазме масляной кислоты (наиболее значимого метаболита жизнедеятельности анаэробов) в концентрации в среднем  $0,55 \pm 0,5$  ммоль/л даже при условно “стерильном” панкреонекрозе (отсутствие микрофлоры при микроскопии при ТИА), купированном при консервативном лечении. На фоне терапии с включением ГБО отмечено снижение уровня масляной кислоты (в среднем на 0,3 ммоль/л после каждого сеанса) в первые 7 суток заболевания.

Отмечена прямая корреляционная зависимость между частотой инфицирования, масштабом некроза поджелудочной железы (ПЖ) и уровнем ЛЖК с маркерами распада тканей.

Идентифицированы ди- и полиароматические амины (маркеры распада тканей), отражающие распространенность и масштаб очагов некроза в ПЖ. Их уровень у пациентов со стерильным панкре-

онекрозом составил суммарно  $1,3 \pm 0,22$  ммоль/л. Соотношение метаболитов анаэробных и аэробных микроорганизмов (Кан/аэр) у всех пациентов в среднем составило  $84,0 \pm 3,2$ , что свидетельствовало о значительном преобладании анаэробного компонента флоры. На фоне проводимой комплексной терапии уровень токсических метаболитов неуклонно снижался.

Послеоперационная летальность в группе ИПН достигла 66,7%, в то время как летальность в группе стерильного панкреонекроза составила 11,1%.

**Заключение.** Выявлена прямая корреляционная зависимость между концентрацией ЛЖК и маркеров распада тканей с масштабом некротического поражения ПЖ (по данным КТ и УЗИ). Верификация метаболитов АНИ и их динамика в плазме крови позволяют объективно оценить наличие инфицирования очагов деструкции, прогнозировать и/или констатировать прогрессирование нагноения или положительную динамику течения процесса.

У пациентов с мелкоочаговым и крупноочаговым панкреонекрозом концентрация маркеров распада тканей (ди-, полиаминов и ароматических аминов) достоверно отличается, что может являться дифференциальным маркером объема поражения ПЖ.

На фоне консервативного лечения пациентов со СПН с применением гипербарической оксигенации (угнетающей жизнедеятельность анаэробов) отмечается значительное снижение уровня токсических и микробных метаболитов, что свидетельствует о высокой эффективности оксигенации в подавлении жизнедеятельности АНИ.

## РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Бужор П.В.

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинева, Молдова

**Цель исследования.** В XXI веке для выявления заболеваний печени используют практически все известные до настоящего времени диагностические методы. Однако, часто даже их сочетание, не всегда дает реальный предоперационный диагноз, а эффективность предоперационной диагностики колеблется в пределах от 3% до 86% (Weimann A. с соавт., 2006).

**Материалы и методы.** В клинике обследования 1853 больных, из них у 186 (10%) диагноз диффузных или очаговых поражений печени был подтвержден при комплексной лапароскопии, при необходимости, в отдельных случаях брали биопсию. Мужчин было 112 (60,2%), женщин — 74 (39,8%). Возраст больных колебался в пределах

от 18 до 85 лет. Максимальное число больных — 136 (73,1%) приходится на наиболее дееспособную группу населения — 41-60 лет.

**Результаты.** В ходе обследования и оценки анамнеза заболевания, наиболее важным является углубленный поиск у каждого больного с диффузными и очаговыми поражениями печени инфекционного агента — инфекционный гепатит, контакт или работа, связанная с пестицидами.

Из обследованных больных только у 15% возможно исключить присутствие инфекционного агента или прямой контакт с ними в анамнезе.

Тщательно анализированы методы обследования, считающиеся наиболее эффективными для по-



становки диагноза: ультразвуковое исследование, компьютерная томография и, при необходимости, диагностическая лапароскопия с биопсией.

Полученные результаты показали точность методов при ультразвуковом исследовании — 46%, компьютерной томографии — 40% и лапароскопии с прицельной биопсией — около 76%.

**Заключение.** Таким образом, применение комплекса диагностических исследований при диффузных и очаговых поражениях печени в значительной степени помогает в постановке достоверного диагноза в предоперационном периоде (до 76% случаев) и намного снижает количество диагностических лапаротомий.

## МЕТОД ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ БЛОКАД ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Сорокин М.Н., Рябков М.Г., Наливайский А.А.  
ФГУ Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно, Россия

**Цель исследования:** Оценка эффективности и безопасности блокады парапанкреатической клетчатки под ультразвуковым контролем при остром деструктивном панкреатите.

**Материалы и методы.** Перед клиническим применением проведено исследование на 75 ранее не оперированных, неформализированных трупах обоего пола. В качестве красящего раствора использовали подкрашенный бриллиантовым зеленым раствор новокаина. Проведено сравнительное изучение методики подведения новокаина по Л.И. Роману, выполняемой по «слепой» методике и предложенного метода блокад парапанкреатической клетчатки под ультразвуковым контролем. Из 25 исследованных трупов, которым применяли классическую методику (Л.И. Романа), лишь в 19 (76%) случаях отметили имбибицию парапанкреатической клетчатки с одной или обеих сторон. В 3 (12%) случаях имело место осложненное введение раствора: попадание раствора в паренхиму почки и пункция нижней полой вены. В 3 (12%) случаях вводимый раствор вообще не достигал клетчаточных пространств забрюшинного пространства. В основной группе у 50 трупов введение растворов контролировали с помощью ультразвукового исследования. В 48 (96%) случаях красящий раствор в достаточном количестве достигал парапанкреатической клетчатки. В 2 (4%) случаях раствор не достиг забрюшинной клетчатки. Повреждений внутренних органов и крупных сосудов не отмечено.

С 2007 г. отработанная методика применена в клинической практике отделения у 17 больных с доказанным панкреонекрозом. Всем пациентам выполнили левостороннюю блокаду, как более безопасную в плане повреждения крупных сосудов и прилежащих к парапанкреатической клетчатке селезенки и левой почки. Для односторонней блокады

использовали 120 мл 0,25% раствора новокаина с но-шпой и дополняли блокаду введением в забрюшинную клетчатку 0,5 г тиенама. Траекторию и глубину движения иглы контролировали ультразвуковым аппаратом среднего класса на всем протяжении процедуры. Использовали иглы диаметром 18G. Блокады выполняли один раз в двое суток, всего от 2 до 6 процедур у каждого пациента. Перед введением антибиотика, аспираторовали содержимое забрюшинной клетчатки для микроскопии и посева на микрофлору.

**Результаты.** При введении смеси анальгезирующий эффект наступал сразу и продолжался 24 — 36 часов. Исчезала тахикардия, стабилизировалось артериальное давление, исчезала тошнота и позывы на рвоту; снижался уровень амилазы в крови и лейкоцитоз. В 5 (29,4%) случаях в промывных водах выявлена *E. Coli*, в 1 (5,8%) случае — *Enterobakter*. При повторной блокаде у этих больных в аспирате микрофлоры не обнаружили. У всех больных удалось избежать гнойно-септических осложнений и необходимости оперативного лечения. В 4 (23,5%) случаях потребовалось пункционное дренирование острого жидкостного скопления в сальниковой сумке. Повреждений паренхиматозных органов и сосудов не отмечено.

**Выводы.** Применение ультразвуковой навигации с целью обеспечения безопасности и надежности подведения лекарственных смесей в парапанкреатическую клетчатку позволяет избежать случайных пункций паренхиматозных органов и избежать осложнений. Выполнение забрюшинных блокад — эффективный способ лечения, который также позволяет проводить раннюю диагностику инфицирования забрюшинной клетчатки и профилактику ее нагноения. Тем не менее, эффективность введения антибиотиков данным способом требует дальнейшего изучения.

## НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ ОТКРЫТОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Бровкин А.Е., Наливайский А.А.

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, Москва,  
ФГУ Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно, Россия

**Цель исследования.** Изучить возможность применения неадгезивных синтетических материалов для защиты внутренних органов при открытом лечении распространенного инфицированного панкреонекроза (РИПН).

**Материалы и методы.** В двух сериях на 18 беспородных собаках проведено экспериментальное исследование по влиянию на стенку кишки различных барьерных синтетических материалов (перчаточной резины, силиконовой мембраны, углеродного тканевого сорбента, пленки из поливинилпирролидона, целлюлозы и др.), временно помещенных в брюшную полость с целью защиты кишечника от марлевых тампонов, применяемых при лапаротомии. После экспериментального сравнения синтетических материалов у 8 пациентов с РИПН и парапанкреатической флегмоной применено создание лапаростомы с защитой кишечника с целью программных санационных вмешательств.

**Результаты.** В эксперименте произвели имитацию широко распространенной клинической ситуации, когда при формировании лапаростомы в брюшную полость вводят марлевые тампоны и для предупреждения пролежней и перфораций тонкой кишки ограничивают последние от кишок различными барьерными материалами. Наименее выраженные воспалительно-деструктивные изменения

стенки тонкой кишки выявлены при применении раневого покрытия “Allevyn non adgeze” (Smith & Nephew).

У 8 больных с РИПН применен открытый способ ведения. Для этих целей первичную лапаротомию осуществляли поперечным бисубкостальным разрезом. После выполнения основного санационного вмешательства — щадящей некрсеквестрэктомии, путем дигитоклазии и вакуумирования, операцию завершали формированием оментобурсостомы, ограничивая тампоны от окружающих тканей пластинами “Allevyn non adgeze”, которые кроме обеспечения безопасности стенки полых органов выполняли дополнительную каркасную функцию. Использованное раневое покрытие не имело какой-либо адгезии с тканями и последующие санационные вмешательства технически становились менее травматичными.

Ранее, при применении нами лапаротомии у 48 больных РИПН был отмечен высокий уровень формирования толстокишечных свищей (18,8%), что чаще было обусловлено контактными некрозами кишечной стенки.

В исследованной группе больных не отмечено осложнений в виде формирования кишечных свищей, что свидетельствует о высокой защитной функции синтетических пластин “Allevyn non adgeze”.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бухарин А.Н., Сачечелашвили Г.А., Сапанюк А.И., Тимошин А.Д., Мамедов С.Х.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт, Москва,  
Центральная городская больница им. М.В. Гольца, Фрязино, Россия

**Цель исследования.** Оценить эффективность эндоскопических методов лечения у больных с наружными свищами поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2011 гг. в клинике абдоминальной хирургии МОНИКИ и ЦГБ им М.В. Гольца г. Фрязино находилось на лечении 163 пациента с наличием наружных свищей поджелудочной железы различного генеза, которым выполняли комплексные лечебные эндоскопические вмешательства. Возраст больных составил от 34 до 89 лет, из них женщин было 86 (52,8%), мужчин — 77 (47,2%).

У 114 (69,9%) больных наличие свищей являлось осложнением острого деструктивного панкреатита и сочеталось с кистами поджелудочной железы у 44 больных; в 49 (30,1%) случаях свищи были обусловлены травмами поджелудочной железы.

Одним из основных диагностических методов, определяющим лечебную тактику, является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. При необходимости исследование дополняется результатами фистулографии, которая выполняется через наружное свищевое отверстие.

У 97 (59,5%) больных выявили стеноз устья главного панкреатического протока, у 81 (83,5%) из них отметили деформацию и расширение самого протока. У 114 (69,9%) больных свищевой ход сообщался с главным панкреатическим протоком.

Всем пациентам в качестве первого этапа выполнили канюляционную и неканюляционную эндоскопическую папиллосфинктеротомию. У 93 (57,0%) больных одномоментно произвели рассечение устья панкреатического протока. Второй этап проводили на 3-5 сутки: у 70 (42,9%) больных произвели дозированную вирсунготомию. На фоне проведенного эндоскопического вмешательства восстановился пассаж панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку и удалось добиться

полного закрытия наружных панкреатических свищей у 109 (66,9 %) больных.

После проведенных эндоскопических операций осложнения были отмечены у 29 (17,8%) больных: ретродуоденальная перфорация, обострение хронического панкреатита, кровотечение из области вирсунготомии. Все осложнения купировали консервативными методами в сочетании с эндоскопическим локальным гемостазом.

**Заключение.** Эндоскопические способы лечения являются методами выбора у больных с наружными свищами поджелудочной железы. Внедрение в клиническую практику комплекса эндоскопических операций является высоко эффективным мероприятием и позволяет значительно улучшить результаты лечения у данной категории больных.

## СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Васильев И.А., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Гуревич Л.Е.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Введение.** Диагностика синдрома множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН-1) является неотъемлемым этапом обследования пациентов с нейроэндокринными опухолями (НЭО) поджелудочной железы, так как выявление этой наследственной патологии коренным образом влияет на лечебную тактику.

**Материалы и методы.** В КФХ им. Н.Н. Бурденко с 1982 по 2010 год находились на лечении 46 пациентов с НЭО поджелудочной железы, являющимися частью синдрома МЭН-1. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 75 лет и составил в среднем 44 года. Мужчин было — 10, а женщин — 36.

В обследованной группе пациентов, наряду с опухолями поджелудочной железы, поражение гипофиза встречалось в 59% (n=27), паращитовидных желез — в 78% (n=36), поджелудочной железы — в 94% (n=43) наблюдений. Среди опухолей поджелудочной железы наиболее часто встречались инсулиномы (39 наблюдений), нефункционирующих нейроэндокринных опухолей было 7, гастриномы — 4 и глюкагономы — 2.

Для диагностики синдрома МЭН-1 мы исследовали клиническую картину, семейный анамнез, гормональный профиль возможных «органов мишеней» (АКТГ, пролактин, паратгормон, ИРИ, С-пептид, гастрин, кортизол, альдостерон, адреналин, норадреналин), применяли сцинтиграфию и УЗИ паращитовидных желез, трансабдоминальное

УЗИ, эндоскопическое УЗИ, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и МРТ гипофиза, при гормонально-активных опухолях выполняли ангиографическое исследование с артериально-стимулированным забором крови из печеночной вены (АСЭК) с последующим определением в ней уровней соответствующих гормонов.

**Результаты.** Все 46 пациентов были оперированы. На паращитовидных железах выполнены следующие оперативные вмешательства: субтотальная резекция паращитовидных желез — 10; удаление аденом паращитовидных желез — 6. В связи с поражением поджелудочной железы произвели: энуклеацию опухоли — 19, дистальную резекцию поджелудочной железы — 13, субтотальную резекцию поджелудочной железы — 5, гастропанкреатодуоденальную резекцию — 1. При этом частота развития осложнений при операциях на поджелудочной железе составила 29%, а летальность 4,3%. Осложнений и летальных исходов при вмешательствах на паращитовидных железах не было, в то время как у 4 из 16 оперированных больных был выявлен рецидив первичного гиперпаратиреоза. Возврат клинической картины гипогликемической болезни, обусловленной незидиобластомой, был отмечен у 6 из 38 пациентов, оперированных на поджелудочной железе.

**Заключение.** Таким образом, синдром МЭН-1 не является редкостью у пациентов с НЭО поджелудочной железы. Применение вышеуказанных

методов обследования позволило повысить выявляемость данного синдрома в нашей клинике с 10 до 25% за последние 10 лет. Лечение больных с синдромом МЭН-1 представляет значительные трудности и обусловлены они, прежде всего, частым развитием множественных опухолей, микроаденом или диффузной гиперплазии железы. Данный факт требует выполнения более радикальных операций,

что в свою очередь может приводить к тяжелым и порою пожизненным осложнениям.

Важным является вопрос последовательности оказания оперативного пособия, которая определяется исходя из выраженности клинической картины со стороны пораженных органов мишеней и потенциала злокачественности имеющихся новообразований.

## ВЛИЯНИЕ ФНО- $\alpha$ , ИЛ-4, ИЛ-6 НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОЭКТОМИИ

Вафин А.Э., Машурова Е.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

В хирургии эхинококкоза печени плазменный скальпель используется для обработки остаточных полостей. В связи с этим исследование процесса формирования рубца в печени после воздействия плазменного скальпеля является актуальной проблемой хирургии печени.

**Цель исследования:** определение уровней ФНО- $\alpha$ , ИЛ-4, ИЛ-6 в ткани печени у больных с эхинококкозом печени, установка связи их продукции с применением плазменного скальпеля и формированием рубцовой ткани в печени.

**Материалы и методы.** Обследованы 53 больных с эхинококкозом печени в возрасте 18-75 лет. Мужчин было 24, женщин — 29. Уровень ИЛ-6, ИЛ-4 и ФНО- $\alpha$  в биоптатах печени определяли до и после применения плазменного потока с помощью иммуноферментных тест-систем фирмы ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург).

**Результаты и обсуждение.** Ткань печени у больных с эхинококкозом печени без применения плазменного скальпеля характеризовалась низким уровнем базальной продукции ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ , а биоптаты печени этих же пациентов — увеличением синтеза ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  под

влиянием ЛПС ( $p < 0,05$ ). Количество вырабатываемых в ткани печени интерлейкинов (ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ ) в период осложнений без применения плазменного скальпеля было значительно ниже, чем при обработки плазменным потоком в режиме «коагуляция». Ограничение возможностей синтеза ИЛ-4 в ответ на ЛПС наблюдали в период осложнений, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  — во всех периодах жизнедеятельности паразита оставался высоким ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 1. Без применения плазменных технологий при эхинококкозе печени выявлен низкий синтез тканью печени ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  и ИЛ-4, что препятствует процессам заживления. 2. Установлено, что ткань печени, обработанная плазменным потоком характеризуется высоким синтезом ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ . Следовательно это подтверждает то, что после воздействия плазменного потока глубина термического некроза не превышает 500 мкм, заживление происходит по типу первичного натяжения. 3. Дефицит синтеза ИЛ-4 тканью печени резко снижает репаративные резервы ткани печени после эхинококкэктомии.

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИАМПУЛЛЯРНОМ РАКЕ И РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОТ РАСШИРЕННОЙ ПАПИЛЛЭКТОМИИ ДО ПАНКРЕАТЭКТОМИИ)

Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Комарчук В.В., Арутюнов С.Э.

Харьковская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Выбор метода оперативного лечения зависит от локализации и стадии онкопроцесса, состояния ткани неудаляемой части поджелудочной железы (ПЖ), а также общего состояния пациента. Учитывая, что в большинстве случаев операция проводится на фоне запущенной механической

желтухи с признаками печеночной недостаточности, у лиц старшей возрастной группы, имеющих сопутствующую сердечно-сосудистую патологию и часто диабет II типа, риск выполнения классической панкреатодуоденальной резекции (ПДР) значительно возрастает.



Приходится часто взвешивать переносимость пациентом радикального оперативного вмешательства и делать выбор между паллиативными и радикальными методиками.

Под нашим наблюдением находилось 224 пациента: 67 (29,9%) — с диагностированным раком Фатерова соска и периампулярной зоны и 157 (70,1%) — с раком головки ПЖ. Больным выполнили следующие оперативные вмешательства: ПДР — 168 (75%), тотальные панкреатэктомии — 2 (0,9%), парциальных резекций головки ПЖ — 11 (4,9%) и расширенные трансдуоденальные папилэктомии (ТДПЭ) — 43 (19,2%).

При раке Фатерова соска и периампулярной зоны выполнили 70 оперативных вмешательств: ПДР — 16 (22,9%), парциальных резекций — 11 (15,7%) и расширенных ТДПЭ — 43 (61,4%). Основным методом оперативного лечения при раке Фатерова соска и периампулярной зоны считаем ПДР, однако в старшей возрастной группе (70-75 лет), при наличии выраженной сопутствующей патологии, больших сроков механической желтухи (3-4 недели), высоком уровне билирубина ( $>300$  ммоль/л) выбор склонялся в сторону условно радикальных операций, намного легче переносимых такими пациентами. Считаем лучшим вариантом таких вмешательств расширенные папилэктомии с иссечением прилежащих на расстоянии 1 см тканей поджелудочной железы, а также парциальные

резекции головки ПЖ, которые выполняются нами по методике Шалимова-Копчака, а также по разработанной собственной методике.

При раке головки поджелудочной железы выполнили 152 ПДР (летальность — 4,6% (7 умерших) и 2 тотальные панкреатэктомии (летальность — 0%). Тотальную панкреатэктомию (ТПЭ) выполнили в обоих случаях со спленэктомией и лимфодиссекцией. В одном случае ТПЭ выполнили из-за перехода онкопроцесса на тело поджелудочной железы, во втором случае вынужденно, из-за близкого расположения опухоли к перешейку и состояния ткани железы (жирная, рыхлая ткань поджелудочной железы на фоне длительно протекающего диабета II типа).

Оба случая под наблюдением (1-й в течение 1,5 лет, 2-й — полугода). В первом случае уровень сахара крови составил 14-28 ммоль/л, во втором — практически на дооперационном уровне (8,5-12 ммоль/л). Оба достаточно хорошо компенсируются соответствующими дозами инсулина. Экскреторная недостаточность ПЖ компенсируется постоянным приемом ферментов (креон, мезим-форте).

Таким образом, в арсенале оперативных вмешательств, кроме радикальных ПДР, следует в необходимых случаях выполнять ТПЭ, а при повышенном риске переносимости выше названных операций — применять расширенные ТДПЭ и парциальные резекции головки ПЖ.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ИЗ ПОЛИГИДРОКСИБУТИРАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Винник Ю.С., Шишацкая Е.И., Маркелова Н.М., Василена Е.С., Шагеев А.А.,  
Хоржевский В.А., Вершинин И.В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздрава России,*

*Сибирский Федеральный Университет, Красноярск, Россия*

**Цель работы:** исследование пригодности шовных нитей из резорбируемого полимера 3-гидроксимасляной кислоты для наложения холецистоэнтероанастомоза.

**Материалы и методы.** Моножильные волокна изготовлены экструзией из расплавов полимера 3-гидроксимасляной кислоты (полигидроксибутират (ПГБ)). Волокна использованы для наложения холецистодуоденоанастомозов.

Экспериментальное исследование выполнена на 11 беспородных собаках обоего пола с массой тела от 13 до 22 кг. Распределение животных по группам: I — холецистоэнтероанастомоз с использованием шовного материала Викрил — 5 особей,

II — Холецистоэнтероанастомоз с использованием шовного материала ПГБ — 6 особей. Изучение общей реакции тканей на ПГБ нити проводили гистологическими методами. Для этого отбирали фрагменты тканей в месте имплантирования нитей; материал фиксировали в 10% формалине и заключали в парафин; из блоков готовили срезы толщиной 5-10 мкм и анализировали с использованием Image Analysis System «Carl Zeiss» (Германия).

**Результаты.** Морфологические методы исследования тканей в зоне анастомоза включали макроскопическое описание и гистологическую характеристику препаратов. Макроскопически через 100 суток оценивали наличие выпота, выраженность

спаечного процесса в свободной брюшной полости, внешний вид холецистоэнтероанастомоза, его проходимость, наличие рубцовых изменений в зоне наложения кишечных швов.

У 2 животных I группы отметили незначительное количество серозного выпота в брюшной полости. Степень выраженности спаечного процесса в брюшной полости была наиболее высокой у животных I группы, где холецистоэнтероанастомозы были выполнены с использованием шовного материала Викрил. В I группе у 1 животного было отмечено незначительное (на 10%) сужение просвета анастомоза. Швы, наложенные викрилом, визуализировались, были состоятельными, с незначительной инфильтрацией.

Холецистодуоденоанастомозы у всех животных II группы были состоятельными. Воспалительной реакции, данных за наличие анастомозита выявлено не было. При макроскопическом исследовании холецистодуоденоанастомозов со стороны слизистой данных за наличие воспалительных, инфильтративных и рубцовых изменений не отметили, все анастомозы функционировали. Следов шовного материала на основе ПГБ в месте наложения анастомоза ни в одном случае обнаружено не было.

Морфологическое исследование участков анастомозов на 100-е сутки показало, что гистологическая картина во всех случаях соответствовала нормальным срокам формирования рубцовой ткани и не имела достоверных различий между группами.

Так, изучая гистологическую картину анастомоза, мы выявили положительные результаты. На уровне анастомоза ближе к подслизистому слою очагово определялась созревающая грануляционная ткань, которая была представлена сосудами капиллярного типа, определялись фибробласты, эпителиальные, плазматические клетки, лимфоциты, эозинофилы и единичные лейкоциты. Эта картина соответствовала срокам формирования анастомоза (100 дней) и свидетельствовала о том, что процессы регенерации находились в стадии завершения. В препаратах следов шовного материала выявлено не было.

**Заключение.** В целом, при морфологическом исследовании не выявлено данных, свидетельствующих о том, что моножильные волокна из ПГБ вызывают патологические реакции тканей стенки кишки и желчного пузыря. Это позволяет положительно оценить предварительные результаты применения нитей ПГБ для реконструктивной хирургии желчных путей и требует дальнейших исследований.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА И РЕАМБЕРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Миллер С.В., Маркелова Н.М., Резвицкая Г.Г., Галушко П.Ю.**

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздравсоцразвития, Красноярск, Россия*

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) относится к одной из актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии и гепатологии. Важная особенность ОДП состоит в раннем развитии иммунной недостаточности. Гипертоксинемия и гиперферментемия приводят к развитию вторичного иммунодефицита, который становится одним из основных патогенетических звеньев ОДП и приводит к усугублению процесса и летальному исходу.

**Цель работы:** исследовать возможности комбинированной иммунотерапии в профилактике и лечении инфицированного панкреонекроза.

**Материалы и методы.** Работа была выполнена на базе кафедры общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, хирургических отделений ГКБ №7. Представлены результаты исследований, произведенных у 78 больных деструктивным панкреатитом. Все больные в зависимости от применявшихся методов лечения были разделены на 4 группы: в I группу вошли 22 па-

циента, которым проводили традиционную терапию; во II группу вошли 19 пациентов, которым производили иммунокоррекцию ронколейкином; в III группу вошел 21 пациент, которым производили метаболическую коррекцию реамберином; в IV группе (16 пациентов) традиционная терапия была дополнена ронколейкином и реамберином. У больных анализировали показатели иммунограммы, цитокиновый профиль, концентрацию оксида азота, уровень апоптоза иммунокомпетентных клеток.

**Результаты и их обсуждение.** У больных I группы в период с 1 по 14 сутки параметры иммунограммы соответствовали картине иммунодепрессии средней или тяжелой степени. При исследовании уровня IL-2 выявлено его значительное снижение на протяжении всего периода наблюдения. Уровни IL-6 и TNF-а были повышены в течение всего периода наблюдения. Уровень оксида азота также оставался повышенным в течение всего периода наблюдения. У больных I группы пик апоптоза

ИКК зафиксировали на 5-е сутки наблюдения.

На 14-е сутки наблюдения у больных IV группы на фоне сочетанного применения ронколейкина и реамберина отмечали нормализацию показателей иммунограммы. Уровень IL-2 повышался до нормальных значений уже к 3-м суткам до конца периода наблюдения ( $147,3 \pm 5,8$  пкг/мл). Уровень IL-6 и TNF- $\alpha$  м оксида азота у больных IV группы снижался, также, на 3 сутки наблюдения.

Низкий процент апоптоза регистрировали до 5-х суток наблюдения, на 7-е сутки происходило его умеренное увеличение (до 6%), на 9-е сутки показатель достоверно снижался до 4%, с 14-х суток регистрировали минимальный процент апоптоза ИКК.

Сравнение частоты ранних осложнений у больных I и IV групп подтверждает эффективность

примененного метода иммунокорректирующей терапии при панкреонекрозе.

Обращает на себя внимание достоверное снижение частоты гнойно-некротических осложнений у больных IV группы (31,25%) по сравнению с I группой (72,7%).

Наибольшая летальность (22,7%) зафиксирована в I группе. В IV группе летальность составила 12,5%, что на 10,2% ниже, чем в I группе.

**Заключение.** Таким образом, способ комбинированной иммунотерапии у больных панкреонекрозом позволяет снизить частоту ранних и поздних осложнений, количество повторных санаций на 22,7%, летальность на 10,2%, продолжительность пребывания больных в стационаре, в среднем, на 10 суток, что свидетельствует о его клинической эффективности.

## ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ СТЕНТОВ

Винник Ю.С., Шишацкая Е.И., Маркелова Н.М., Черепанова Е.С., Миллер С.В., Белецкий И.И.,  
Василена Е.С., Шагеев А.А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздравсоцразвития,*

*Сибирский Федеральный Университет, Красноярск, Россия*

**Актуальность.** Выбор того или иного метода имплантации эндобилиарных стентов в значительной мере отражает различные возможности лечебных учреждений. Выбор доступа для эндопротезирования желчных протоков зависит также и от уровня поражения гепатикохоледаха. Таким образом, на современном этапе развития хирургии желчных протоков эндобилиарное протезирование показано при строгом учете показаний и противопоказаний, а также тщательно разработанной тактики применения в зависимости от генеза заболевания и характеристик блоков желчеотделения, является высокоэффективным способом лечения данной патологии. Поиск новых материалов для конструирования эндобилиарных протезов является актуальной задачей хирургов и биотехнологов.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе кафедры общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого в ГКБ № 7. В исследование включены 11 пациентов с механической желтухой. 6 пациентов составили группу сравнения, 5 произвели стентирование с использованием ПГА-стентов. У всех больных в течение 28 суток определяли: общеклинические показатели (развернутый анализ крови, общий анализ крови), биохимические параметры крови, показатели свертывания крови

(коагулограмма), через 2-3 недели выполняли фистулохолангиографию, дренаж холедоха удаляли, далее контроль проходимости холедоха осуществляли эндоскопически (использовали дуоденоскоп с боковым обзором фирмы Olimpus). Мониторинг общего билирубина проводили в динамике через 3, 7, 10, 14 и 28 суток наблюдения.

**Результаты.** В группе сравнения к 28-м суткам наблюдения средний уровень билирубина так и не снизился до нормальных цифр, тогда как в исследуемой группе уровень билирубина уменьшался до верхней границы нормы уже к 14-м суткам наблюдения. Это свидетельствует о том, что метод стентирования холедоха позволяет более эффективно обеспечивать пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку в сравнении с традиционными способами хирургического лечения больных с дистальным блоком холедоха. Достоверно меньшие значения амилазы крови у пациентов исследуемой группы могут свидетельствовать о том, что более быстрое купирование гипербилирубинемии обеспечивает восстановление функции поджелудочной железы, которая неизбежно страдает при наличии синдрома билиарной гипертензии и может привести к такому серьезному осложнению, как панкреонекроз. Уровень активности АЛТ с момента поступления до конца периода наблюдения был значительно

выше нормальных значений в обеих группах, что свидетельствует о нарушении функции печени в условиях гипербилирубинемии. Но, следует отметить, что у пациентов исследуемой группы с 10-х суток активность АЛТ была достоверно меньше, чем в группе сравнения. На 7-14 сутки в обеих группах зарегистрировали наиболее значительное увеличение активности АЛТ.

В группе сравнения летальность составила 33,3% (из 6 больных умерло 2). Причиной летальности стали в основном осложнения основного

заболевания — у 1 больного декомпенсировалась печеночно-почечная недостаточность, у 1 пациента смерть наступила на фоне нарастающей полиорганной недостаточности. В исследуемой группе летальных исходов не было.

**Заключение.** Таким образом, первые положительные результаты применения данной методики стентирования холедоха при его дистальном блоке позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, летальность и улучшить результаты лечения данной категории больных.

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Жаворонкова О.И.  
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения пациентов с образованиями печени.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2002 г. радиочастотную абляцию (РЧА) по поводу новообразований выполняли как для обработки самих образований печени, так и на этапе разделения, а затем и обработки среза печени. Резекцию печени с применением данной методики произвели у 47 больных (по поводу метастазов колоректального рака — 26; первичного рака печени — 13; метастазов рака яичников — 3; метастазов рака почки — 1; метастазов ГИСО — 1; паразитарных поражений печени — 3). Были выполнены следующие вмешательства: левосторонняя гемигепатэктомия (7), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (3), правосторонняя гемигепатэктомия (8), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (4), резекция трех сегментов печени (9), резекция двух сегментов печени (8) левосторонняя кавальная лобэктомия (1), резекция одного сегмента (7). В 13 наблюдениях удаление пораженной паренхимы органа сочеталось с РЧА вторичных узлов остающихся сегментов печени. Все онкологические больные прошли курсы химиотерапии, что отразилось на реологических свойствах крови.

Для проведения РЧА мы использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. После мобилизации осуществляли перевязку соответствующих удаляемой части печени сосудисто-секреторных элементов. Коагулятором рассекали глассонову капсулу.

Далее, отступая 1 см кнаружи от линии демаркации в паренхиму погружали электрод сначала по висцеральной, а затем по диафрагмальной поверхности печени на 40-60 сек. Следующее погружение электрода осуществляли на 1,5 см выше предыдущего. Затем скальпелем или ножницами производили рассечение паренхимы. Кровотечение не отмечали, так как методика обеспечивала надежный гемостаз сосудов до 3 мм. Сосуды большего диаметра клипировали или лигировали. Вмешательство производили под интраоперационным УЗ-контролем.

**Результаты.** Использование РЧА-методики для резекции печени обеспечивало надежный паренхиматозный гемостаз, не потребовавший применения дополнительных средств. Интраоперационная кровопотеря (500+230 мл) была сравнимой с традиционной резекций. В ходе вмешательства также обеспечивался надежный холестаз. Обеспечивался достаточный радикализм: при динамическом контроле рецидива опухоли в области резекции выявлено не было. Были отмечены следующие осложнения: гидроторакс (6) и жидкостные скопления в зоне резекции (4), вылеченные пункционно; явления печеночной недостаточности — в 8 наблюдениях.

**Заключение.** Применение РЧА при выполнении резекции печени обеспечивает надежный гемостаз и холестаз. При соблюдении онкологических канонов (отступ от края опухоли на 1 см) обеспечивается надежный радикализм. Данная методика может быть особенно актуальна у больных с цирротическими изменениями.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ И АНТИГИПОКСАНТНОЙ ТЕРАПИИ В РЕГУЛЯЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Власов А.П., Николаев Е.А., Назаров А.Л., Власов П.А., Суслов А.В., Кормишкин А.Е.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** определить эффективность антигипоксанта ремаксола и антиоксиданта этоксида в предупреждении трансформации отечной формы острого панкреатита в деструктивную и выявить основные патогенетические эффекты препаратов.

**Материалы и методы.** Проведены экспериментальные исследования на взрослых собаках. Моделирование острого панкреатита выполняли по способу В.М. Буянова с соавт. (1989) путем введения желчи в паренхиму поджелудочной железы. В контрольные сроки (1, 3 и 5 суток) животным осуществляли релапаротомию, биопсию поджелудочной железы, производили забор крови. В послеоперационном периоде проводили инфузионную терапию. Животные опытных групп дополнительно получали антигипоксанта ремаксол в дозе 15 мл/кг (отечественное инфузионное средство) и новый антиоксидант этоксидол — производное 3-оксипиридина (отечественный препарат) (10 мг/кг). Исследовали ряд клиничко-лабораторных параметров.

**Результаты.** При моделировании медленно прогрессирующей формы острого панкреатита по указанному способу уже на следующие сутки в тканевых структурах поджелудочной железы возникали выраженные воспалительные явления с участками некроза в зоне инъекций желчи. В 5 случаях из 12 в контроле отметили прогрессирование острого панкреатита с развитием панкреонекроза. Летальность составила 41,7%. Установлено, что у животных формирование воспалительного процесса в поджелудочной железе сопровождается выраженным синдромом эндогенной интоксикации, что проявилось существенным повышением в плазме крови гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов. На фоне эндотоксикоза регистрировали дисфункциональные явления со стороны печени, кишечника и почек, которые коррелировали с нарушениями липидного спектра биомембран данных органов. Применение антиги-

поксанта ремаксола в терапии острого панкреатита способствовало снижению выраженности воспалительного процесса в паренхиме поджелудочной железы и окружающих тканях. Положительный эффект отмечался с первых-третьих суток применения препарата. Трансформацию отечной формы в деструктивную отметили у 2 животных, летальность составила 16,6%. Во многом сопоставимый эффект отмечен и при использовании этоксида.

Установлено, что снижение случаев прогрессирования заболевания и летальности животных на фоне применения ремаксола или этоксида обусловлены существенным снижением уровня эндотоксикоза и гиперферментемии относительно контроля. Было зафиксировано уменьшение концентрации в плазме крови токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы. Снижение эндотоксикоза было сопряжено с восстановлением функционального потенциала печени, кишечника и почек, что проявилось коррекцией ряда биохимических показателей крови и электрофизиологических характеристик. Восстановление функциональной активности органов коррелировало с коррекцией липидных дестабилизаций их мембранных структур. Выявлена достоверная корреляционная зависимость между снижением выраженности воспалительного процесса в ткани поджелудочной железы и восстановлением состава фосфолипидной матрицы мембран клеточных структур поджелудочной железы, а также уменьшением выраженности основных липидмодифицирующих факторов.

**Заключение.** Применение антигипоксанта ремаксола или антиоксиданта этоксида при остром панкреатите в эксперименте предупреждает прогрессирование заболевания с формированием панкреонекроза и снижает летальность при данной патологии, что определяется выраженным мембранопротекторным эффектом исследованных препаратов.

## АППАРАТНАЯ РЕИНФУЗИЯ АУТОЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Волков А.Н., Краснов Г.Н., Андреев Ю.Г.

ГОУ «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Интраоперационное восполнение больших кровопотерь всегда представляет серьезную пробле-

му. Оно, как правило, проводится трансфузией донорской крови. К сожалению, при массивных

кровопотерях это не всегда выполнимо, в первую очередь из-за недостаточного количества ее в лечебных учреждениях. В то же время, в ряде случаев приходится учитывать и то обстоятельство, что наряду с лечебным эффектом данный метод несет в себе и риск серьезных осложнений, таких например, как анафилактический шок, передача гемотрансмиссивных инфекций, аллоиммунизация, аллергические и пирогенные реакции, некардиогенный отек легких. Кроме того, иногда некоторые пациенты могут отказываться от трансфузии крови по религиозным (свидетели Иеговы др.) или иным причинам. Поэтому следует считать, что надежной альтернативой при восполнении интраоперационной кровопотери является аутогемотрансфузия. О преимуществах использования аутокрови не приходится говорить: это в первую очередь профилактика только что упомянутых возможных осложнений.

**Цель исследования:** восполнение интраоперационной кровопотери реинфузией аутоэритроцитов больных.

**Материалы и методы.** В нашей клинике как альтернатива трансфузии донорской крови при больших кровопотерях, в основном при операциях на печени и поджелудочной железе, используется метод аппаратной интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов. Для этого используется Cell Saver 5+, который позволяет собирать кровь из операционной раны, как во время операции, так и после нее. Уровень гематокрита в конечном продукте не ниже 50% и при необходимости может быть доведен до 70–80%.

Проведен анализ историй болезни 23 больных, подвергшихся операциям на печени и поджелудочной железе, которым была произведена реинфузия аутоэритроцитов (основная группа). Больным

производили следующие операции: левосторонние и правосторонние гемигепатэктомии по поводу опухоли Клатскина (14 больных) и панкреатодуоденальную резекцию (9 пациентов). Больным группы сравнения (25 пациентов) выполнялись аналогичные операции, но им кровозамещение производилось трансфузией донорской крови.

**Результаты.** Больным основной группы было перелито 33,5 литра аутоэритроцитов (на одного пациента приходилось 1,45 л), что практически соответствует 168 дозам донорских эритроцитов. Признаков гемолиза в переливаемых аутоэритроцитах не отметили. Пациентам группы сравнения переливали в среднем  $960,3 \pm 105,7$  мл донорской крови.

Среди осложнений аппаратной реинфузии основным было развитие коагулопатии, в связи с чем производили трансфузию донорской свежемороженой плазмы. В основной группе послеоперационная летальность составила 4,3% (1 пациент), в группе сравнения — 24% (6). Пребывание пациентов основной группы в стационаре было на 5 дней меньше, чем у пациентов группы сравнения.

**Заключение.** Таким образом, наш небольшой опыт применения аппаратной интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов свидетельствует о том, что он является высокоэффективным способом возврата в кровоток больного эритроцитов, утраченных во время операции, в особенности в тех ситуациях, когда кровопотеря носит острый и массивный характер. Это видно из того, что если в основной группе послеоперационная летальность была равна 4,3%, то в группе сравнения — 24%, то есть практически в 6 раз меньше. Сроки лечения также говорят об этом.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХБАЛЛОННОЙ ЭНТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТОВИРСУНГОЕЮНОСТОМИЙ

Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Орловский Ю.Н., Бутра Ю.В., Лагодич Н.А., Дергачева Н.В.

Беллорусская медицинская академия постдипломного образования,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии,

Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь

**Введение.** В настоящее время отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости хроническим панкреатитом. При хирургическом лечении этой патологии широкое применение нашли резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие операции с использованием панкреатикоеюноанастозов (ПЕА) на петле по Ру. Данные операции имеют свои специфические осложнения, диагностика ко-

торых представляет серьезные трудности. Кроме того, остается много недостаточно изученных проблем, касающихся длительности и адекватности функционирования наложенных ПЕА. Сегодня единственно возможным методами диагностики патологии ПЕА на петле по Ру является МР-панкреатография, которая имеет ограниченные диагностические возможности и ряд противопоказаний.



ственной опухоли головки поджелудочной железы являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции — 3 операции. Во всех случаях проводили интраоперационное УЗИ и срочную биопсию поджелудочной железы.

**Результаты.** После резекционных операций (интрапаренхиматозной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией, панкреатодуоденальной резекции, резекции хвоста поджелудочной железы) получены хорошие результаты. Все больные отмечали стойкое избавление от болевого синдрома. После дренирующей операции (продольной панкреатоеюностомии) у 5 больных результаты были неудовлетворительные, болевой синдром сохранился. Случаев развития послеоперационного сахарного диабета или про-

грессирования имеющегося до операции сахарного диабета не наблюдали. Летальных исходов не было.

**Заключение.** Комбинированные вмешательства, сочетающие в себе как дренирующие, так и резекционные компоненты, имеют преимущество перед другими видами операций. Интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы, дополненная продольной панкреатикоеюностомией при хроническом панкреатите позволяет осуществить полноценную декомпрессию системы главного и добавочного протоков поджелудочной железы и их ветвей. Вовремя выполненное оперативное вмешательство способно предотвратить или замедлить прогрессирование заболевания и развитие тяжелых функциональных нарушений, купировать болевой абдоминальный синдром.

## ОСНОВЫ ПАНКРЕАТОПРОТЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Восканян С.Э., Корсаков И.Н., Найденов Е.В.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России»,  
Москва, Россия

**Цель исследования.** Разработать принципы панкреатопротекции в периоперационном периоде хирургического лечения патологии органов брюшной полости, позволяющие снизить частоту и выраженность острого послеоперационного панкреатита (ОПП).

**Материалы и методы.** В работе проанализированы непосредственные результаты 1164 радикальных дуоденопластик (РДП), выполненных по поводу осложненной дуоденальной язвы и 151 панкреатодуоденальных резекций (ПДР). Для контроля за морфофункциональным состоянием поджелудочной железы (ПЖ) в периоперационном периоде использовали клинические, биохимические, ультразвукографические, эндоскопические методы исследования.

**Результаты.** Панкреатопротекция в периоперационном периоде предусматривает уменьшение явлений панкреатической гиперсекреции, протоковой гипертензии, интра- и экстрадуктальной обструкции, которые являются основными патогенетическими факторами развития ОПП в хирургической гастроэнтерологии.

В оперативной панкреатологии различаем универсальные и избирательные принципы обработки культи ПЖ, разработанные на основании оценки результатов более 300 прямых операций на ПЖ с учетом мирового опыта резекций органа. К универсальным относим: бережное отношение к ткани ПЖ, открытое порционное пересечение ПЖ (отказ от применения гемостатических зажимов),

предварительный и прицельный гемостаз по срезу культи ПЖ, безусловное использование атравматического неабсорбируемого или длительно абсорбируемого шовного материала, оментизацию культи ПЖ и области панкреатокишечного соустья; к избирательным: выбор места и способа включения экзокринной функции культи ПЖ с учетом оптимизации функциональных последствий операции, способа временного дренирования главного протока культи. Избирательные принципы имеют определяющее значение.

Одним из важнейших аспектов выполнения реконструктивного этапа ПДР является адекватное временное дренирование главного панкреатического протока, которое может быть применено в нескольких вариантах: наружное трансазальное дренирование (наиболее предпочтительно), наружное дренирование через подвешную энтеростому или временное внутреннее дренирование протока техникой «скрытого» дренажа.

Охранительный режим создается путем исключения энтерального питания за 12 — 36 часов до операции, и постепенным его возобновлением под контролем морфофункционального состояния ПЖ. Прием воды прекращают минимум за 5-6 часов. В послеоперационном периоде энтеральное питание исключается не менее чем на 3-5 суток и возобновляется сочетано с приемом микросферических энтеросолюбивых экзогенных ферментов.

Возможность развития urgently возникающей эндогенной гиперстимуляции ацинарной ткани, об-



условливает необходимость применения в периоперационном периоде ингибиторов панкреатической секреции: синтетического аналога 5-лей-энкефалина далагина, обладающего лимфостимулирующим и тормозящим панкреатическую секрецию эффектами и синтетического аналога соматостатина — октреотида.

Метод дуоденальной энзимоингибиции (ДЭИ) основан на моделировании генерализованного обратного торможения панкреатической секреции введенными в двенадцатиперстную кишку через установленный интраоперационно зонд экзогенными протеиназами (трипсин). Первые двое суток после операции трипсин вводят в дозе 0,2 — 0,3 мг/кг массы тела больного на одно введение, через каждые 6 часов. С третьих суток по 0,1 мг/кг на один прием, три раза в сутки.

Третьим элементом периоперационной панкреатопротекции является парапанкреатическая микроирригация, заключающаяся в орошении клетчаточных пространств лекарственными коктейлями через установленные интраоперационно микроирригаторы. Наиболее эффективен лекарственный коктейль на основе 6% раствора полиглюкина (100 мл), включающий 40,0 мг лидокаина и 1,0 мг далагина, в объеме 40-50 мл на микроирригатор 2 раза в сутки.

**Заключение.** Применение изложенных выше принципов панкреатопротекции позволяет свести к необходимому минимуму вероятность развития ОПП в хирургической гастроэнтерологии и существенно улучшить непосредственные результаты оперативного лечения разнообразной гастроэнтерологической патологии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РТФЕ-КОНДУИТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Мурзабеков М.Б., Шабалин М.В., Колышев И.Ю.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить результаты применения РТФЕ-кондуитов при реконструкции верхней брыжеечной, воротной и селезеночной вен после их обширных резекций у больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Клинический материал составили 79 пациентов, оперированных по поводу местнораспространенного рака поджелудочной железы с инвазией в магистральные сосуды мезентерико-портальной системы. В I (основной) группе пациентов (42 пациента) для реконструкции магистральных вен мезентерико-портальной системы применяли РТФЕ-кондуиты — во всех случаях реконструкции принципиальным было прямое и наиболее короткое протезирование вен, реконструкция всех основных стволов верхней брыжеечной вены (при наличии нескольких стволов) и восстановление магистрального кровотока по селезеночной вене (при необходимости резекции селезеночной или устья воротной вен). Группы сравнения составили больные, которым реконструкция вен осуществлялась с использованием кондуитов из фторлонластана — группа II (31 больной) и аутовенозного протезирования — группа III (6 больных). Все больные после операции осуществляли постоянный пероральный прием антикоагулянтов и антиагрегантов. Проводили сравнение длительности операции и ее реконструктивного этапа, величины кровопо-

тери, частоты тромбоза вен в ближайшем послеоперационном периоде и отдаленной проходимости реконструированных вен, прослеженной ультразвуковым методом в сроки 6 месяцев, 1, 2 и 3 года.

**Результаты.** Средняя длительность операции в группах I, II и III составила соответственно  $480,4 \pm 57,5$ ,  $498,2 \pm 55,8$  и  $550,2 \pm 67,2$  мин., а ее реконструктивного этапа —  $18,6 \pm 3,6$ ,  $18,2 \pm 3,1$  и  $36,7 \pm 5,7$  мин. Величина интраоперационной кровопотери составила в I группе —  $520,7 \pm 70,3$  мл, во II группе —  $550,5 \pm 84,2$  мл и в III группе —  $765,4 \pm 96,3$  мл. В группах I и III ранних тромбозов кондуитов и реконструированных вен отмечено не было, в группе II у 2 (6,4%) пациентов отметили развитие раннего тромбоза кондуитов, что послужило причиной смерти этих больных. Общая частота послеоперационных осложнений в I группе больных составила 28,6% и была значимо ниже ( $p < 0,05$ ), чем во II и в III группах — 51,6% и 50,0% соответственно. Госпитальная летальность в I группе больных была значимо ниже ( $p < 0,05$ ), чем во II и в III группах больных — 7,1% против 19,3% и 16,7% соответственно. В группе I отметили удовлетворительную проходимость кондуитов и реконструированных вен на всех исследованных сроках после операции, тогда как в группе II отдаленная проходимость реконструированных вен составила в сроки 6 месяцев, 1, 2 и 3 года соответ-

ственно 89,7%, 73,5%, 70,2% и 65,6%. В группе III у 1 больного отметили тромбоз аутовенозного кондуита спустя 1 год после операции в связи со сдавлением его извне в результате локорегионарного рецидива.

**Заключение.** РТФЕ-кондуиты являются универсальным пластическим материалом, применение которых при реконструкции магистральных вен мезен-

терико-портальной системы, позволяет уменьшить длительность реконструктивного сосудистого этапа, а также всей операции в целом. Кроме того, использование РТФЕ-кондуитов позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, добиться положительных показателей ранней и отдаленной проходимости реконструированных вен сравнимой с таковыми при использовании аутовенозных кондуитов.

## РОЛЬ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ И НЕЙРОДИССЕКЦИИ В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А.  
ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России»,  
Москва, Россия

**Цель исследования:** разработать технологии расширенной лимфо- и нейродиссекции, изучить непосредственные и отдаленные результаты ее применения в хирургии рака головки поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Клинический материал составили 124 больных, которые были разбиты на 2 группы. 1 группу (основную) составили 64 больных раком головки поджелудочной железы с размером опухоли не более 4 см, отсутствием обширной ретроперитонеальной инвазии, поражения магистральных сосудов и отдаленных метастазов, которым панкреатодуоденальная резекция была дополнена расширенной лимфо- и нейродиссекцией по оригинальной технологии, принципиальными позициями которой являлись полная экстирпация крючковидного отростка поджелудочной железы, лимфаденэктомия ворот печени, селезенки, обеих почек, внесосудистая резекция корня брыжейки тонкой кишки с периваскулярной мобилизацией верхней брыжеечной артерии вплоть до 2-3-й тонкокишечных артерий, полная резекция чревного и мезентериального сплетений, резекция поясничных отделов правой и левой ножек диафрагмы, парааортальная и позадикавальная лимфаденэктомия от аортального отверстия диафрагмы до нижнего края левой почечной вены (а в случае наличия видимой лимфаденопатии — и ниже левой почечной вены), полное удаление ретропанкреатической клетчатки лимфоузлов и сплетений позади культи

поджелудочной железы. Группу 2 (группа сравнения) составили сопоставимые по всем признакам 60 больных, которым при панкреатодуоденальной резекции выполняли традиционную по объему лимфаденэктомию. Отдаленная выживаемость больных прослежена через 1, 2 и 3 года при помощи метода Kaplan-Meier.

**Результаты.** Общая частота послеоперационных осложнений в основной группе и группе сравнения составила соответственно 34,4% и 28,3% ( $p>0,05$ ), а госпитальная летальность 1,6% и 1,7% соответственно ( $p>0,05$ ). Характерными послеоперационными осложнениями в 1 группе были секреторная диарея и лимфорей, которые купировали консервативными мероприятиями и малоинвазивными процедурами. 1-, 2- и 3-летняя выживаемость в 1 группе составила 95,0%, 81,2% и 60,9% соответственно, в то время как во 2 группе — 78,3%, 43,3% и 23,3% соответственно ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Применение технологий расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции при выполнении панкреатодуоденальной резекции по поводу протоковой аденокарциномы поджелудочной железы приводит к статистически незначимому увеличению частоты послеоперационных осложнений, но способствует существенному повышению отдаленной выживаемости больных, за счет значительного снижения числа локорегионарных рецидивов.

## ТЕХНОЛОГИИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОБШИРНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Восканян С.Э., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Мурзабеков М.Б.,  
Забезинский Д.А., Шабалин М.В.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России»,  
Москва, Россия

**Цель исследования:** разработать и оценить непосредственные и отдаленные результаты высокоэффективных технологий R0-резекций при местнораспространенном раке головки поджелудочной железы с обширной опухолевой инвазией магистральных сосудов мезентерико-портальной системы и висцеральных ветвей брюшной аорты.

**Материалы и методы.** Представлен опыт 105 расширенных комбинированных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) и панкреатикодуоденэктомии с резекцией и пластикой магистральных сосудов при местнораспространенном раке головки поджелудочной железы с их обширной опухолевой инвазией. Магистральными сосудами, пораженными опухолевым процессом и подвергнутых резекции являлись верхняя брыжеечная вена, воротная вена, селезеночная вена, нижняя полая вена, левая почечная вена, верхняя брыжеечная артерия, общая и собственная печеночные артерии, селезеночная артерия, чревный ствол. У 28 (26,7%) больных (оперативное лечение дополнили свободной аутотрансплантацией тонкой кишки, у 8 (7,6%) — аутотрансплантацией культи поджелудочной железы, у 3 (2,9%) — аутотрансплантацией печени. Резекции магистральных вен мезентерико-портальной системы осуществили во всех случаях «en block» в варианте R0 в условиях временного венозного байпаса по оригинальной короткой пассивной схеме. В 13 случаях компенсацию висцерального артериального кровообращения осуществляли с использованием оригинальной методики временного аорто-артериального байпаса.

Реконструкцию магистральных вен осуществляли путем формирования анастомоза «конец-в-конец» (20,0%), аутовенозным протезированием (4,8%), с использованием FLL- (29,5%) или PTFE-кондуита (45,7%). Реконструкцию артерий производили экстраанатомической имплантацией их в аорту (19,2%), формированием анастомоза «конец-в-конец» (30,7%), протезированием их аутовеной (4,5%) или PTFE-кондуитом (45,6%). При этом применили около 30 оригинальных методик реконструкций магистральных вен и артерий брюшной полости. У большинства больных (87,6%) имела место протоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки. Отдаленная выживаемость оценена кумулятивным методом Kaplan-Meier.

**Результаты.** Общая частота послеоперационных осложнений составила 42,6%, госпитальная летальность — 11,4% (12 больных). Тромбозы сосудов после их реконструкции имели место у 2 (1,9%) больных и имели фатальный исход. Медиана выживаемости составила 13 месяцев, и была значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в сопоставимой группе больных местнораспространенным раком головки поджелудочной железы, которым радикальное хирургическое лечение не производили (2 месяца).

**Заключение.** Применение разработанного комплекса хирургических технологий позволяет добиться удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лечения больных местнораспространенным раком головки поджелудочной железы с обширной опухолевой инвазией магистральных сосудов.

## ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

**Актуальность.** Скрытое течение рака головки поджелудочной железы и сходство с клинической картиной хронического панкреатита часто влекут за собой позднюю диагностику и позднее начало лечения.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе городской клинической больницы № 64 г. Москвы. С июля 2002 года обследовано 75 пациентов с объемными

ми образованиями головки поджелудочной железы различного генеза. Среди них мужчин — 42 (56%) и женщин — 33 (44%), средний возраст больных составил  $61,7 \pm 10,9$  лет. У всех 75 больных по результатам УЗИ объемное образование имело неправильную форму с неровными контурами и неоднородной структурой. В 55 (74,5%) случаях отметили явления холангиоэктазии, в 57 (77,1%) — панкреатикоэктазию от 2 до 14 мм. Значения уровня СА 19-9 в нашем исследовании колебались в пределах от 0 до 15277 Ед/мл.

Механическую желтуху отметили у 53 (70,1%) больных, из них проведение эндоскопического транспапиллярного эндопротезирования холедоха оказалось возможным в 45 (83,6%) случаях. МРТ выполнили 39 (52%) пациентам. Дооперационную эхоконтролируемую чрескожную тонкоигольную тканевую биопсию удалось выполнить 43 (57,4%) больным.

*Результаты и обсуждение.* УЗИ выполнили всем пациентам, при этом в 4 (4,6%) случаях в дальнейшем произошла конверсия диагноза (в 2-х случаях с рака на хронический панкреатит (ХП) и в 2-х случаях с ХП на рак). Из 45 (60%) выполненных эндоскопический ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) в 27 (60%) установили диагноз рака (у 1 (1,9%) больного диагноз рака не подтвердился в дальнейшем), а в 18 (40%) — ХП. У всех пациентов с ХП (29 (38,7%)) уровень СА 19-9 был в норме (медиана 5,7 Ед/мл), у больных с раком (46 (61,3%)) в 44 (95,7%) случаях был повышен (медиана 447,3 Ед/мл). Чувствительность метода составила 90,3%. По данным чрескожной тонкоигольной биопсии окончательный диагноз установили в 37 (86%) случаях, диагностическая чувствительность

метода — 83,3%. Диагностическая чувствительность МРТ составила 81,2%.

На основании проведенных исследований предложен следующий диагностический алгоритм: при выявлении объемного образования в головке поджелудочной железы, не осложненного механической желтухой, необходимо определение уровня СА 19-9 и выполнение чрескожной тонкоигольной биопсии. При отрицательном ответе и нормальном уровне СА 19-9 рекомендуется динамическое наблюдение с повторным УЗИ и определением СА 19-9 через 1 месяц, а в случае значительного повышения уровня онкомаркера следует повторить чрескожную биопсию. В случае наличия желтухи выполняют ЭРХПГ с целью декомпрессии желчных путей. При невозможности установки стента выполняется паллиативная дренирующая операция, во время которой возможно взятие биопсии, в последующем определение СА 19-9. После регрессии желтухи выполняется тонкоигольная биопсия образования головки поджелудочной железы и определение уровня СА 19-9.

*Выводы.* 1. Ни один из приведенных методов исследования не может самостоятельно достоверно верифицировать природу объемного образования головки поджелудочной железы и определить показания к оперативному вмешательству. 2. Несмотря на определенные технические трудности, дооперационная гистологическая верификация рака поджелудочной железы играет важную роль в комплексном обследовании этих пациентов. 3. Предложенный алгоритм диагностических методов позволяет с высокой точностью дифференцировать объемные образования головки поджелудочной железы с последующим выбором тактики лечения.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ПРОРВАВШЕГОСЯ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ

Гайбатов С.П., Гайбатов Р.С.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Дагестан, Россия

*Введение.* Одним из грозных осложнений эхинококкоза печени является прорыв в желчные протоки, при этом отмечается летальность высокая.

*Цель исследования:* выработка критериев диагностики и лечения прорыва эхинококка в желчные протоки.

*Материалы и методы.* Анализируются результаты лечения 23 больных с эхинококкозом печени, прорвавшимся в желчные протоки: прорыв в желчные протоки нагноившейся кисты отмечен в 11 случаях; «асептической» кисты — в 12.

Основными проявлениями являлись острые боли в правом подреберье на фоне высокой лихорадки — у 17, напряжение мышц и болезненность в правом подреберье — у 15, желтуха — у 14, увеличенная болезненная печень — у 14. При ультразвуковом исследовании у всех 23 больных определяли полость в печени, содержащую жидкость. С целью верификации диагноза дополнительно выполняли компьютерную томографию.

Основной задачей с момента госпитализации больных являлась коррекция функциональных по-



казателей печени с параллельным проведением дезинтоксикационной терапии, что служила и предоперационной подготовкой.

С этой целью в 11 случаях в день поступления выполнили холецистостомию и по улучшению показателей функционального состояния печени (на 6-7 сутки) больные были подвергнуты радикальной операции. Метод и объем оперативного вмешательства выбирали с учетом локализации кисты, характера содержимого и размеров.

В зависимости от формы осложнения и метода операции больные распределены на 2 группы: I — группа составила 11 больных, у которых наблюдали прорыв в желчные протоки нагноившейся кисты и при этом использовали комбинированный метод ликвидации остаточной полости; II — группа состояла из 12 пациентов, у которых наблюдали прорыв в желчные протоки «асептической» кисты и для ликвидации остаточной фиброзной кисты использовали закрытый вариант.

**Результаты и обсуждения.** В I группе выполняли холецистэктомию, супрадуоденальную холедохотомию и удаление обрывков хитиновой оболочки из желчных протоков путем промывания раствором фурацилина. Этот этап завершали антеградной папилосфинктеротомией и дренированием холедоха. Затем вскрывали остаточную полость, удаляли остатки хитиновой оболочки. Полость обрабатывали 30% раствором хлористого натрия, горячим до (50°C) раствором фурацилина и 70° спиртом. Производили клиновидную резекцию фиброзной капсулы слева и

справа. Края оставшейся верхней полоски сшивали между собой узловыми швами и таким образом формировали верхнюю „трубочку“. Идентично формировали „трубочку“ из нижней полоски фиброзной капсулы. Затем верхнюю и нижнюю „трубочки“ сшивали между собой, предварительно укладывая между ними пластинку Тахо-Комба и ниппельный дренаж и послойные швы на рану. В послеоперационном периоде ежедневно промывали желчные пути по холедохостоме. У 3 пациентов выделение желчи по дренажу наблюдали до 15 суток. Показатели функционального состояния печени нормализовались на 5-6 сутки после операции.

Во 2 группе выполняли холецистэктомию, дренирование холедоха через пузырный проток. Дренаж вводили в проксимальном направлении. Следующим этапом производили эхинококкэктомию и обработку остаточной полости идентично I группе. Для выявления желчных свищей открывающихся в полость, по дренажу вводили 1% водный раствор метиленовой синьки. При этом у 7 больных выявлены свищи, которые коагулированы, у 5 проба оказалась отрицательной. Ликвидацию остаточной полости производили идентично первой группе с той лишь разницей, что страховочным ниппельным дренажем не пользовались. Осложнений в этой группе не наблюдали.

**Заключение.** Использованные методы могут быть использованы в лечении больных с прорывом в желчные протоки как инфицированных, так и неинфицированных эхинококковых кист.

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО МЕТОДИКЕ «ЕДИНОГО ДОСТУПА»

Галимов О.В., Ханов В.О., Файзуллин Т.Р.

Кафедра хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета, Уфа, Россия

В клинике хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета, выполнено 57 лапароскопических холецистэктомий из «единого доступа» с использованием различных систем портов SILS. Среди недостатков методики многие авторы отмечают значительные трудности при выделении элементов шейки желчного пузыря по сравнению с аналогичной лапароскопической многопортовой операцией. Известно, что при проведении лапароскопической холецистэктомии выполняют тракцию дна желчного пузыря в краниальном направлении с целью доступа к шейке желчного пузыря и его фиксирования в требуемом положении. Адекватное натяжение желчного пузыря и его регулируемая ротация в ходе операции являются главными фак-

торами профилактики ятрогенных повреждений трубчатых структур. Для этой цели либо используется дополнительный изогнутый инструмент, нестандартные движения которого требуют специального тренинга.

С целью облегчения данной процедуры, нами предложен способ захвата и удержания желчного пузыря с помощью устройства, представляющего собой полую иглу внутри которой размещены металлическая струна и пружинный механизм для захвата струны. Устройство подводится к дну желчного пузыря, из него выпускается заостренная металлическая струна, которой прокалывают насквозь стенки пузыря. Затем фиксирующее устройство извлекается обратно и, захватывая им

конец струны, покидают брюшную полость через имеющийся прокол в брюшной стенке, подтягивая желчный пузырь до соприкосновения с внутренней стороной брюшной стенки, что позволяет надежно фиксировать дно желчного пузыря и получить доступ к элементам треугольника Кало. Последовательно выделяют пузырную артерию и пузырный проток, выполняют их клипирование и пересечение. Затем в субсерозном слое производят отсечение желчного пузыря от ложа печени. Выполняют тщательный контроль гемостаза и промывание от сгустков крови, фрагментов тканей и продуктов коагуляции ложа желчного пузыря. После этого извлекают желчный пузырь вместе с портом.

Методика успешно применена у 32 пациентов, лапароскопическую холецистэктомию у которых проводили по методике «единого доступа».

Осложнений связанных с применением данного способа не наблюдали, при этом отметили сокращение времени операции и надежную и безопасную фиксацию желчного пузыря с обеспечением лучшей визуализации элементов его шейки. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдали.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия из «единого доступа» как отдельный вид операции, имеет свои собственные нюансы, отличные от мининвазивных вмешательств и требует дальнейшей отработки этапов и элементов вмешательства, оптимизирующих данную методику.

## ВОЗМОЖНОСТИ АСЦИТКОРРЕГИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кулакеев О.К.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия,  
Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан

**Цель исследования.** Изучение результатов хирургической коррекции диуретикорезистентного асцита (ДРА) у больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с применением портосистемного внутрипеченочного шунтирования (ПВШ) с клапаном Le Veep, в сочетании с превентивным эндоскопическим склерозированием (ЭС) и лигированием (ЭЛ) варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ).

**Материалы и методы.** Анализируются результаты хирургического лечения 42 больных циррозом печени, осложненным ДРА. Показанием к операции явилось наличие напряженного асцита, неэффективность консервативной терапии в течение более 6-12 месяцев. Всем больным произвели ПВШ с клапаном Le Veep, при этом 26 из них оперировали после предварительной асцитореинфузии. Согласно классификации Чайлда-Туркотта к функциональной группе В отнесены 24 пациента, к группе С — 18.

**Результаты.** В 33 наблюдениях отметили значительный регресс асцита и результат операции расценили как удовлетворительный. 3 больных выписаны из клиники в связи с нарастанием явлений печеночной и почечной недостаточности в инкурабельном состоянии, при этом уменьшения асцита не отметили. У 6 декомпенсированных больных эффекта от операции не было. Операция ПВШ, являясь малотравматичным, патогенетически оправданным и эффективным методом коррекции асцита, в то же время чревата возникновением серьезных

осложнений в виде гемодилюции и коагулопатии, обусловленных массивным поступлением асцитической жидкости в венозное русло и риском возникновения геморрагического синдрома из зоны гастроэзофагеального коллектора. В этом плане сочетание варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) и рефрактерного асцита является наиболее неблагоприятным и считается противопоказанием к предстоящей операции. В связи с этим у 26 больных с ДРА и ВРВПЖ перед операцией ПВШ профилактически произвели ЭС и ЭЛ. Проведение превентивных эндоскопических вмешательств перед операцией ПВШ позволило до 50% снизить число пищеводных геморрагий в раннем послеоперационном периоде по сравнению с группой больных, у которых эндоскопическую эрадикацию варикозных вен в дооперационном периоде не проводили. Также имела место существенная разница в показателях послеоперационной летальности.

**Заключение.** ПВШ с клапаном Le Veep является патогенетически эффективной операцией при ДРА и приводит к улучшению функционального состояния печени и почек, уменьшению или купированию асцита. Применение эндоскопических технологий позволяет расширить диапазон показаний к хирургической коррекции у больных ДРА и снизить число гастроэзофагеальных геморрагий в послеоперационном периоде. Совершенствование методологии хирургического пособия привело к снижению или предупреждению осложнений, связанных с применением шунта и асцитотоксикорекцией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ И ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ М.Д. ПАЦИОРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кулакеев О.К.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия,  
Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан

**Цель исследования.** Изучить эффективность операций, направленных на разобщение вен гастрозофагеального коллектора в лечении и профилактике рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Анализируются результаты лечения 468 больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ. Для верификации заболевания использовали данные анамнеза и объективного осмотра, лабораторных, рентгенологических и эндоскопических методов исследований. 186 больным произвели минимальное по объему и травматичности оперативное вмешательство — операцию М.Д. Пациоры (гастротомия, прошивание ВРВПЖ). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 74 лет. Мужчин было 127, женщин — 59. Согласно классификации Чайлда-Туркотта к функциональной группе В отнесены 124 больных, к группе С — 62. У 121 больного вмешательство выполняли на высоте кровотечения при неэффективности консервативной терапии. В 65 наблюдениях оперативное лечение выполнили отсроченно, в ближайший период после консервативного этапа гемостаза, в случаях угрозы его возобновления или при указаниях в анамнезе на рецидивы геморагии из ВРВПЖ.

**Результаты.** Послеоперационная летальность в группе больных, оперированных с продолжающимся кровотечением, составила 47,8%. В этой

группе больных, относящихся к функциональному классу А — 18,7%, классу В — 34,6% и классу С — 87,6%. В группе больных, которым оперативное лечение произвели в ближайший период после этапа консервативного гемостаза, летальность составила 18,3%. Высокая летальность была обусловлена плохим функциональным состоянием печени, тяжелой прогрессирующей печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточностью, продолжающимся кровотечением, травматичностью хирургических вмешательств. Результаты проведенных операций отчетливо доказывают опасность проведения хирургической коррекции в группе больных с функциональным классом С. Учитывая вышеупомянутое, у больных с функциональным классом С оперативное лечение необходимо проводить при неэффективности консервативных методов гемостаза, включая эндоскопическую эрадикацию варикозных вен. Результаты хирургического лечения больных с функциональными классами А и В явились сравнительно лучшими.

**Заключение.** Таким образом, операция Пациоры является методом выбора при неэффективности консервативного этапа гемостаза кровотечений из вен гастрозофагеального коллектора у больных ЦП. Данное вмешательство является малотравматичным, быстровыполнимым, надежным в плане остановки кровотечения и не усугубляет функциональные нарушения в печени.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кадырбеков Б.И., Налибаев А.Н.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия,  
Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан

**Цель исследования.** Оценка эффективности эндоскопических методов в профилактике и лечении кровотечений у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** В настоящем исследовании приведены результаты применения эндоскопической склеротерапии (ЭСТ) и эндоскопического лигирования (ЭЛ) у 115 больных ЦП с кровотечением. Мужчин было 74, женщин — 41, в возрасте от 23 до 71 лет. I степень варикозного расширения вен пищевода и желудка (ВРВПЖ)

по А.Г. Шерцингеру выявили у 7,9% больных, II степень — у 68,7% и III степень — у 23,4% больных. Кровотечение из ВРВПЖ было первым проявлением заболевания у 35,6% больных, асцит выявлен у 29,9%, активность цирротического процесса — у 13,8% больных. Эндоскопические методы у 25 больных выполнили при продолжающемся кровотечении, и у 90 — отсроченно, в ближайшем периоде после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива крово-

течения. Рецидив кровотечения отмечен у 21,8% пациентов.

**Результаты.** Из 15 больных, которым ЭСТ произвели на высоте кровотечения, гемостаз достигнут у 11 (73,3%) больных, в 4 случаях ЭСТ была неэффективна. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, у 4 из них имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит.

ЭСТ проводили спустя 12-14 ч. с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Осложнения после ЭСТ отмечены у 24,1% пациентов, в основном в группе больных, которым манипуляцию выполнили по экстренным показаниям, то есть у 17 (19,5%) больных. В группе больных с плановым ЭСТ осложнения возникли в 4 (4,6%) наблюдениях. Частота рецидивов кровотечений в течение одного года составила 34,8%. ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение

лигатур на все варикозно расширенные узлы. При этом за сеанс накладывали 3-5 лигатур, с повторением процедуры спустя 3-4 дня. Исследование больных в динамике показало полную эрадикацию варикозных вен у 47% больных. Летальность составила 11,7%. Плановые ЭСТ и ЭЛ проводили до достижения состояния полной эрадикации всех возможных источников геморрагии. Ранний рецидив геморрагии у 6 больных, в группе с экстренной ЭСТ, и у 2 больных, на фоне сформированного изъязвления, привел к неблагоприятному исходу. В группе больных с ЭЛ таких осложнений не отметили. Общая летальность составила 9,2%.

**Заключение.** Эндоскопические методы являются высокоэффективным способом профилактики и лечения кровотечений портального генеза у больных осложненной формой ЦП, позволяющим снизить летальность и улучшить «качество жизни» и должны рассматриваться в качестве «терапии первой линии» у данной категории больных.

## УРОВЕНЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОТОКСИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Гарбузенко Д.В., Микуров А.А.

Кафедра хирургических болезней и урологии Челябинской государственной медицинской академии, Челябинск, Россия

Несмотря на то, что основным предиктором риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных циррозом печени (ЦП) является эндоскопическая оценка их выраженности по данным фиброэзофагогастроскопии (ФЭГС), разработка дополнительных прогностических критериев является актуальной проблемой современной гепатологии.

**Цель исследования.** Показать целесообразность исследования уровня бактериального эндотоксина (БЭ) в крови больных ЦП как метода прогнозирования риска кровотечений из ВРВП.

**Материалы и методы.** Работа проведена на основании данных обследования 90 больных ЦП с клиническими признаками портальной гипертензии. Критерием включения в исследование было наличие ВРВП, степень которого определяли при проведении эзофагогастроскопии в соответствии с международной классификацией, предложенной Японским обществом по изучению портальной гипертензии.

Больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу (25 человек) составили пациенты, не имевшие кровотечений из ВРВП, 2-ю группу (20 человек) — перенесли его в анамнезе, 3-ю группу (45 человек) составили пациенты поступив-

шие в экстренном порядке с острым варикозным кровотечением.

Уровень БЭ в крови всех больных, включенных в исследование, оценивали при помощи турбидиметрического теста по конечной точке, являющегося вариантом лимулус амебоцитного лизатного теста (ЛАЛ-теста). В его основе лежит способность лизата амебоцитов мечехвоста специфически реагировать с эндотоксинами (липополисахаридами) грамотрицательных бактерий. Количество БЭ, содержащегося в исследуемых образцах, определяли согласно фармакопейной методике, прилагаемой к набору реактивов, произведенных ООО "ЛАЛ Центр" (Москва). Анализ проводили на микропланшетах с применением фотоэлектрокалориметра "Multi Scan". Измерения делали при длине волны 405 нм. Калибровочная кривая строилась по трем-четырем известным концентрациям контрольного стандартного БЭ. Для учета и обработки результатов использовали программное обеспечение.

**Результаты.** У больных, поступивших в экстренном порядке, уровень БЭ в крови варьировал в пределах от 4,1 до 59,1 нг/мл ( $32,1 \pm 3,0$  нг/мл), и был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов без истории варикозного кровотечения или нали-



чий его в анамнезе: от 0 до 0,8 нг/мл ( $0,5 \pm 0,1$  нг/мл) и от 1,3 до 2,3 нг/мл ( $1,9 \pm 0,1$  нг/мл), соответственно.

Исходя из того, что минимальная концентрация БЭ в крови больных с острым варикозным кровотечением составила 4,1 нг/мл, а максимальная у поступивших в плановом порядке без этого осложнения — 2,3 нг/мл, были выделены интервалы показателей эндотоксемии по степени угрозы кровотечения из ВРВП. Поскольку для нашей выборки (90 человек) уровень БЭ в крови от 0 до 4,0 нг/мл определял низкую вероятность возникновения

осложнения, а значения, превышающие 4,1 нг/мл, говорили о его высоком риске, диагностический критерий 4,0 нг/мл оказался наилучшим.

**Выводы.** Несмотря на то, что основным предиктором риска кровотечений из ВРВП у больных ЦП является эндоскопическая оценка их выраженности по данным ФЭГС, в случае, когда ее выполнение невозможно (отказ больного от исследования, тяжесть состояния пациента и т. д.) альтернативным способом может быть исследование уровня БЭ, при этом его значения, превышающие 4,0 нг/мл, служат определяющими.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННЫХ МЕТОДИК В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИЗODOВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гарелик П.В. Могилевец Э.В. Мармыш Г.Г. Милешко М.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь.

**Цель исследования.** Анализ эффективности применения сочетанных методик профилактики и лечения эпизодов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии на базе Городского центра гастроудоденальных кровотечений (ГДК) г. Гродно.

**Материалы и методы.** В исследовании проводилась математическая обработка результатов лечения пациентов с циррозом печени, осложненных портальной гипертензией, госпитализированных по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. За время наблюдения (май 2002 — декабрь 2010) в центр ГДК поступило 3145 пациентов с кровотечениями, из них 417 (14,7%) — пациенты с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (мужчины — 289 (69,3%), женщины — 128 (31%), в возрасте от 18 до 69 лет). Большинство пациентов (362 (86,5%)), учитывая их состояние, госпитализировали в отделение реанимации; больных в состоянии средней степени тяжести (3,2%) — в хирургическое отделение.

**Результаты.** Установлено, что профилактическое длительное амбулаторное использование нитратов,  $\beta$ -адреноблокаторов и других лекарственных препаратов имело весьма низкую эффективность в плане предотвращения эпизодов кровотечений. Начиная с 2005 г. внедрили применение эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка, как для непосредственной остановки кровотечения, так и в качестве профилактической методики — для планового лечения. Методика заключается в поэтапном паравазальном и интравазальном вве-

дении склерозирующего препарата, в среднем 2-3 сеанса. Ее применили у 49 пациентов (всего 83 сеанса), с обязательным эндоскопическим контролем через месяц (либо чаще по показаниям), с дальнейшими поддерживающими сеансами склерозаций. В центре ГДК активно используют операции, направленные на азиго-портальное разобщение: успешно применяется деваскуляризация пищевода и абдоминального отдела желудка по Сугиура-Футагава (9), а также ее лапароскопическая модификация (3), по экстренным показаниям выполняется операция М.Д. Пациоры (10). Внедрены также методики парциального мезентерико-кавального шунтирования (2). Наибольшую эффективность в плане профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка имели комбинированные способы лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Используется сочетание в ходе оперативного вмешательства компонента азигопортального разобщения с мезентерико-кавальным шунтированием. Лапароскопическая деваскуляризация желудка сочетается с применением эндоскопического склерозирования с целью повышения ее радикальности, при этом большей эффективностью в плане профилактики рецидивов кровотечений является одномоментное их выполнение в сравнении с разобщенными по времени процедурами. Сочетанное использование малоинвазивных и традиционных хирургических, а также консервативных способов профилактики улучшает результаты лечения и приводит к снижению числа летальных исходов, обусловленных рецидивами кровотечений. Так в 2009 году общая летальность при кровотечениях

из варикозно расширенных вен пищевода составила 32,7% (17 из 52 пациентов), в 2010 — 28% (20 из 71 пациента).

**Заключение.** Активное применение традиционных и малоинвазивных хирургических методов в

алгоритме профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода при циррозе печени с портальной гипертензией, создает предпосылки для эффективного предупреждения рецидивов кровотечений.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОРАСКРЫВАЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Бунник Г.Г., Долгий А.Н.

Клиника хирургии № 1 им. Н. Анестиади и Лаборатория гепатопанкреатобилиарной хирургии  
Государственного университета медицины и фармации им Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

**Введение.** В настоящее время эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и эндоскопическая склеротерапии (ЭСТ) рассматриваются как методы первой линии в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Однако выполнение ЭЛ и ЭСТ при активных кровотечениях из ВРВП и, особенно при ограниченном эндоскопическом обзоре сопровождается сложностями проведения эндоскопического гемостаза.

**Цель исследования:** анализ ближайших результатов использования самораскрывающихся металлических стентов (СМС) для остановки активных (профузных) кровотечений из ВРВП в условиях ограниченного эндоскопического обзора и невозможности выполнения ЭЛ или ЭСТ.

**Материалы и методы.** В основу исследования положены результаты использования самораскрывающихся металлических стентов у 7 больных (мужчин — 6, женщин — 1), в возрасте от 31 до 60 лет (средний возраст —  $48,4 \pm 1,9$  лет) с циррозом печени и массивными кровотечениями из ВРВП (в том числе в 3 случаях из язв пищевода после ЭЛ). По функциональному резерву печени (Child-Pugh) больные отнесены к классу «С», средний балл —  $11,3 \pm 0,4$ . Среднее количество баллов по шкале MELD —  $23,7 \pm 2,48$ .

Для выполнения гемостаза использовали СМС с покрытием (SX-ELLA stent Danis, 135 mm Ч 25 mm, ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic). Контроль позиции стента осуществляли эндоскопическим и радиологическим методами.

**Результаты.** После установки СМС кровотечение из ВРВП остановлено у всех пациентов (7/7, 100%). Средний срок СМС in situ составил  $131,6 \pm 12,6$  часов. Частичную миграцию СМС отметили в 42,8% (3/7) случаев, в том числе дистальную (в 2) и проксимальную (в 1). Коррекцию позиции СМС осуществляли эндоскопическим методом. 30-ти суточная летальность (3 больных): печеночная недостаточность (у 2) и кровотечение из ВРВП Ж тип Sarin I (у 1).

**Заключение.** Предварительные результаты использования СМС при портальных кровотечениях показали, что: 1. СМС является эффективным методом в остановке активных (профузных) кровотечений из ВРВП в условиях ограниченного эндоскопического обзора и невозможности выполнения ЭЛ и ЭСТ; 2. СМС может рассматриваться как уникальный метод гемостаза при кровотечениях из язв пищевода после ЭЛ (Mishin I., Ghidirim G., Dolghii A. с соавт., 2010); 3. одним из существенных недостатков данного метода следует считать миграцию СМС.

## ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛЯРНО-МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Горин Д.С., Берелавичус С.В., Свитина К.А.

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

**Введение.** Внутриводная папиллярно-муцинозная опухоль (ВПМО) впервые описана Ohhashi с соавт. в 1982 году как муцин-продуцирующая опухоль поджелудочной железы (ПЖ). Самостоятельное место в классификации опу-

холей ПЖ ВПМО заняла в 2000 году, когда муцин-продуцирующие опухоли ПЖ были выделены ВОЗ в две отдельные группы: внутриводные папиллярно-муцинозные неоплазии и муцинозные кистозные неоплазии. Среди вы-

являемых опухолей ПЖ на долю ВПМО приходится от 5 до 7,5%, а среди злокачественных опухолей — 1%. В зависимости от локализации и распространенности опухолевого процесса выделяют 3 типа ВПМО: с поражением главного панкреатического протока (ГПП) — I тип, боковых панкреатических протоков — II тип, и комбинированный — III тип.

**Цель исследования.** Оценка эффективности хирургического лечения внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухоли поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» с 2006 по 2010 гг. находилось на лечении 15 больных ВПМО. Большую часть — 12 человек — составили мужчины. Возраст больных варьировал в пределах от 40 до 69 лет. Общее количество больных с опухолями поджелудочной железы за данный период составило 334 пациента. Доля пациентов с ВПМО составила 4,5%. Размер опухоли варьировал в пределах от 5 до 160 мм.

**Результаты.** Все больные ВПМО оперированы: в 6 наблюдениях, при локализации опухоли в головке ПЖ, выполнили панкреатодуоденальную резекцию с сохранением привратника; 2 больным в связи с прорастанием опухоли в воротную вену выполнили краевую резекцию сосуда; в 7 наблюдениях выполнили различного объема дистальные резекции ПЖ (в 1 наблюдении дистальную резекцию выполнили в робот-ассистированном варианте); резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнили 2 больным.

Гистологическое исследование подтвердило наличие опухоли у всех оперированных больных. При этом I тип ВПМО выявлен у 7, II тип — у 1,

смешанный тип — у 4 больных; в 3 наблюдениях тип опухоли после исследования не определен. В 8 наблюдениях гистологическая структура опухоли соответствовала карциноме, аденому выявили у 3 больных, опухоль с пограничным потенциалом злокачественности — у 4. По данным морфологического исследования радикальность оперативного вмешательства соответствовала R0 в 11 случаях, R1 — в 4.

Послеоперационные осложнения были связаны, в основном, с проявлениями различной степени тяжести послеоперационного панкреатита, выявленного у 4 больных. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты лечения в различные сроки после оперативного вмешательства удалось проследить у 12 больных, оперированных по поводу ВПМО ПЖ. На момент оценки результатов 9 больных живы в различные сроки после перенесенного оперативного вмешательства, составляющие от 3 до 43 месяцев, 3 — умерли. Из умерших больных 2 были оперированы по поводу ВПМО (карциномы) дистальных отделов ПЖ, 1 больной — по поводу опухоли головки ПЖ. На основании инструментальных методов исследования, выполненных амбулаторно и при повторной госпитализации в Институт хирургии в 2 наблюдениях выявили рецидив ВПМО.

**Выводы.** Хирургическое удаление опухоли является методом выбора при ВПМО. Отсутствие признаков злокачественности опухоли (инвазия в окружающие структуры, периферическая лимфаденопатия, наличие отдаленных метастазов) позволяют выполнить органосберегающие оперативные вмешательства. Во всех иных случаях необходимо выполнение радикального хирургического вмешательства с соблюдением онкологических принципов.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

Горпинич А.Б., Мамошин А.В., Шаталов Р.П.

Кафедра общей хирургии и анестезиологии, Медицинского института ГОУ ВПО «Орловский государственный университет», Орел, Россия

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) является одной из важнейших проблем неотложной хирургии. Несмотря на интенсивное изучение проблемы во второй половине XX века, они остаются наиболее дискуссионными и в XXI веке и не имеют тенденции к быстрому разрешению. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, увеличением частоты осложнений и высокой летальностью. Наряду с общей тенденцией увеличения числа больных острым панкреатитом отмечается рост

числа больных с деструктивными формами этого заболевания. До 60% всех случаев ОДП осложняется формированием жидкостных образований. Несмотря на определенные успехи и достижения в этой области в последние десятилетия, консервативное и оперативное лечение острого панкреатита сопровождается высокой летальностью. Нередко результаты лечения остаются неудовлетворительными из-за позднего распознавания патологических изменений в поджелудочной железе и отсутствия

единых методических подходов к выполнению диагностических мероприятий.

Изучены результаты обследования и лечения 122 пациента с ОДП, осложненным развитием жидкостных образований: из них основную группу составили 63 больных; контрольную группу составило 59 пациентов. В соответствии с классификацией острого панкреатита, принятой на Международном согласительном симпозиуме в Атланте (1992 г.), течение тяжелой формы заболевания может осложниться развитием острого скопления жидкости, острой ложной кисты, панкреатического абсцесса. Наличие в этих структурах жидкостного компонента и определяет возможность применения кристаллографии в диагностике тяжелых форм острого панкреатита. При поступлении больных в стационар производили оценку клинической картины заболевания, анализ лабораторных показателей, данных инструментального обследования больных, включающего УЗИ органов брюшной полости с прицельным исследованием поджелудочной железы, забрюшинного пространства, анализ данных микробиологического, цитологического и кристаллографического исследования аспиратов, полученных при малоинвазивных диагностических манипуляциях под УЗ-контролем. В нашей работе, наряду с другими исследованиями, мы применяли метод клиновидной дегидратации аспирата, полученного при проведении малоинвазивных вмешательств под УЗ-контролем из жидкостных образований, развивающихся при ОДП.

При этом целью исследования являлась разработка и оценка критериев диагностики ОДП при формировании жидкостных скоплений на основании использования ультразвукового, цитологического, микробиологического и кристаллографического

метода исследования. Проводили бактериологическое и цитологическое изучение материала, полученного при проведении малоинвазивных манипуляций. Полученный аспират исследовали следующим образом. На предметное стекло наносили 3 капли аспирата. Высушенная капля имеет вид пленки и носит название фации. Исследование структурообразующих элементов образцов высушенных капель (фации) проводил с помощью светового микроскопа и бинокулярной лупы. Определение параметров фации проводилось путем обработки цифровых фотографий с помощью компьютерной программы для морфометрии. Для этого использовали балльную оценку. С целью определения значимости характеристик фации были взяты результаты исследований С.Н. Шатохиной и В.Н. Шабалина. Сопоставляли результаты ультразвукового исследования, цитологическую и бактериологическую картину заболевания. На основании анализа и сопоставления результатов кристаллографического исследования аспирата, клинической картины, результатов ультразвукового исследования зоны поджелудочной железы, данных цитологического и бактериологического исследования полученного материала были выявлены наиболее информативные кристаллографические признаки фаций при ОДП, осложненном развитием различных жидкостных образований.

При жидкостных скоплениях, осложняющих панкреонекроз, имеются различия в кристаллографической картине фаций аспирата. Проведенные исследования позволяют говорить о возможности успешного применения кристаллографического метода исследования в дифференциальной диагностике жидкостных образований при ОДП.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Горский В.А., Катин Д.В., Хорева М.В., Агапов М.А., Банова Ж.И., Леоненко И.В.

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Введение.** Одну из ведущих ролей в развитии панкреонекроза (ПН) играют медиаторы воспаления, в частности, цитокины. Однако, доступных для широкой практики и надежных препаратов для подавления активности цитокинов до настоящего времени не существовало. Специфические ингибиторы (рекомбинантный человеческий ИЛ-1 $\alpha$ , анти-ФНО $\alpha$  «Инфликсимаб», анти-ФАТ «Лексипафонт») колоссально дороги, а самое главное, не могут подавлять весь спектр провоспалительных цитокинов.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ результатов антимедиаторной терапии (АТ) нестероидным противовоспалительным средством (НПВС) «Лорноксикам» у больных ПН.

**Материалы и методы.** Сравнительное исследование эффективности АТ выполнили у 292 больных ПН (2007-2010 гг.). У 88 больных в комплексное лечение включали препарат лорноксикам (основная группа). «Лорноксикам» вводили в течение первых 3-х (72 больных) и 5-ти (16 больных) суток. 204 пациента получали стандартную



базисную терапию, они составили группу сравнения. Оценивали уровень интерлейкинов крови (на 1 и 6 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 ИЛ-6 и ИЛ-8 в основной группе достоверно снижался к 6 суткам заболевания, в то время как в группе сравнения уровень ФНО $\alpha$  в сыворотке не изменялся, а концентрация 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 6 сутки, хотя и снижался, но его достоверного различия в обеих группах не наблюдалось.

Общая летальность составила 15,8% (46 больных). В группе сравнения она была 20,6% (42 больных), в то время как в основной группе летальность составила 4,5% (4 больных).

В основной группе отмечено уменьшение как висцеральных, так и гнойных осложнений. Так

висцеральные осложнения (псевдокисты, аррозионные кровотечения, вторичный диабет) в основной группе возникли у 22 больных, а в группе сравнения — у 38 пациентов.

Достоверно снизилось количество инфицированных форм ПН в основной группе — 2 против 12 больных. При этом летальных исходов в основной группе не наблюдали, а в группе сравнения умерло 4 больных после оперативных вмешательств, выполненных по поводу инфицированных форм ПН.

**Заключение.** Антимедиаторная терапия НПВС «Лорноксикам» в комплексном лечении больных ПН оказалась эффективной. На это указывает снижение количества осложнений и летальности. Кроме того, проведение терапии «Лорноксикамом» приводило к снижению выброса цитокинов. Значительное снижение уровня провоспалительных цитокинов служит аргументом в пользу выраженного противовоспалительного эффекта «Лорноксикама» и его способности воздействовать не только на метаболизм арахидоновой кислоты, но и на продукцию цитокинов.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГЕПАТОХИРУРГИИ

Гранов Д.А., Таразов П.Г., Руткин И.О., Осовских В.В., Генералов М.И., Боровик В.В.,  
Тилеубергенов И.И., Поликарпов А.А.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»,  
Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** В последнее десятилетие в клиническую практику, прежде всего в сосудистой хирургии, внедряются различные варианты гибридных операций, сочетающие открытое хирургическое вмешательство и рентгеноэндоваскулярную процедуру. Мы хотим сообщить о первом опыте подобных вмешательств в гепатохирургии.

Наблюдение 1. Пациент К., 36 лет, с диагнозом: альвеококкоз печени. Состояние после ортотопической трансплантации печени от 23.03.2011 г.

В послеоперационном периоде развился тромбоз печеночной артерии с последующим некрозом III сегмента печени. Отмечено нарастание уровня показателей билирубина и ультразвуковые признаки желчной гипертензии.

Повторная операция 25.04.2011 г. — релапаротомия, атипичная резекция III и V сегментов печени. Выполнить пункцию желчных протоков под УЗИ-контролем технически не представлялось возможным. В связи с этим выделен и канюлирован ангиографическим катетером один из субсегментарных протоков III сегмента печени.

С помощью электронно-оптического преобразователя (ЭОП) аппарата Veraldis (Philips, Germany) выполнили холангиографию, при которой выявили стриктуру печеночного протока на протяжении 40 мм до зоны гепатикоеюноанастомоза. Выполнили баллонную дилатацию и стентирование гепатикоеюноанастомоза самораскрывающимся нитиноловым стентом SMART Control (Cordis) диаметром 6 мм, длиной 40 мм.

Состояние на протяжении последующих 1,5 мес стабильное. Имеются умеренно выраженные проявления холангита. Пациент поставлен в лист ожидания на ретрансплантацию печени.

Наблюдение 2. Пациентка Д., 23 года, с диагнозом «Альвеококкоз печени». Выполнена операция (25.04.2011 г.): лапаротомия по Starzl, ревизия органов брюшной полости, резекция гепатикохоледоха, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (I, IV-VIII сегменты печени), наложение тонкокишечного анастомоза с сегментарными протоками II-III сегментов печени, дренирование брюшной полости.

В конце оперативного вмешательства отмечено нарастание кавакавального градиента до 15-20 мм

рт. ст. Принято решение о прямой нижней каваграфии. В операционной под контролем ЭОП аппарата Veraldis (Philips) пунктировали левую бедренную вену. Выполнили каваграфию: нижняя полая вена проходима, определяется компрессия ретропеченочной части вены за счет отека гипертрофированной левой доли печени. Печеночная вена не визуализируется. Выполнили измерение венозного давления в нижней полой вене на уровне почечных вен и в правом предсердии — 19 и 7 мм рт.ст. соответственно. Градиент — 12.

Выполнили стентирование ретропеченочной части нижней полой вены стентом PALMAZ (Cordis) длиной 38 мм на баллонном катетере MAXI LD (Cordis) длиной 4 см, диаметром 16 мм. Стент расширен до 16 мм в диаметре. Провели

контрольный снимок: отмечается выравнивание контура стента. После измерения давления отмечается снижение градиента до 5, улучшилась системная гемодинамика.

В настоящее время состояние стабильное, пациентка получает комплексное послеоперационное лечение.

**Заключение.** Применение рентгеноэндоваскулярных методик позволяет осуществлять профилактику и лечение сосудистых и билиарных осложнений, возникающих во время оперативных вмешательств на печени. Наличие мобильной универсальной ангиографической установки и персонала, обладающего навыками работы с этим оборудованием, расширяет возможности современной гепатохирургии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гульмурадова Н.Т, Гейниц А.В

ФГУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России», Москва, Россия

**Целью исследования** явилось улучшение результатов комплексного лечения больных с острым панкреатитом путем комбинированного применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на результатах обследования и лечения 252 пациентов с острым панкреатитом 177 (70,2%) мужчин и 75 (29,8%) женщин, в возрасте от 16 до 89 лет.

В контрольную группу (n=128) включены больные, которым проводили стандартную комплексную терапию. Основную группу составили пациенты (n=124), которым наряду с традиционной терапией, проводили внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) и местное транскутантное облучение парапанкреатических зон с использованием современной отечественной лазерной аппаратуры: Мулат-ВЛОК, Мустанг-2000, Милта-Ф по разработанной нами методике.

В основной группе отечная форма заболевания была у 39 (31,4%) больных, стерильный панкреонекроз — у 59 (47,6%), а инфицирован-

ный панкреонекроз — у 26 (21,0%) больных. В группе сравнения (n=128), отечная форма была у 40 (31,3%), стерильный панкреонекроз — у 60 (46,9%), инфицированный панкреонекроз — у 28 (21,8%) пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Среди 79 больных с отечным панкреатитом летальных исходов не было, а среди 173 пациентов с панкреонекрозом летальность составила 18,5%.

Внедрение в общепринятую стандартную терапию сеансов НИЛИ по разработанной нами методике, а также широкое применение миниинвазивных и лапароскопических способов дренирования при остром деструктивном панкреатите позволило уменьшить удельный вес открытых операций, снизить летальность при стерильном панкреонекрозе с 22,4% до 5,1%, при инфицированном панкреонекрозе — с 42,8%, до 23,1%. У пациентов основной группы сроки стационарного лечения удалось снизить на 30,1%.

**Заключение.** Полученные результаты, свидетельствуют о высокой эффективности и целесообразности комбинированного применения НИЛИ при всех формах панкреатитов.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ХОЛЕДОХА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЖЕЛТУХОЙ

Данилина Е.П., Пахомова Р.А., Эдзитовецкий Д.Э., Томнюк Н.Д., Белобородов А.А.,  
Юрченко В.В., Данилина Ю.С.

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого»,

МБУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича», Красноярск. Россия

**Цель исследования:** повысить эффективность хирургического лечения при синдроме механической желтухи (СМЖ) в условиях оказания неотложной помощи.

**Материалы и методы.** Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 398 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной СМЖ. В структуре доброкачественных заболеваний у 107 (26,9%) больных выявили дистальные стриктуры или стенозы внепеченочных желчных протоков, в том числе «на фоне» желчнокаменной болезни (дСВЖП). Возраст больных был в пределах от 15 до 93 лет.

**Результаты и обсуждение.** На первом этапе хирургической коррекции у 104 (97,2%) из 107 больных с дСВЖП для ликвидации проявлений СМЖ выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с попыткой экстракции конкремента из общего желчного протока (ОЖП), а у 12 (8,3%) из 104 больных — дополнительно выполнили эндопротезирование (ЭП).

После первого этапа хирургического лечения проявления СМЖ сохранялись в 16 наблюдениях, из них в 10 случаях был выявлен острый калькулезный холецистит. Из 16 больных у 3 ЭПСТ не было выполнено, а у 13 — оно не принесло желаемого эффекта. Кроме того, 40 больных после ЭПСТ и экстракции конкремента ОЖП нуждались в выполнении холецистэктомии (ХЭ) по причине острого калькулезного холецистита.

Таким образом, у 51 больных на первом этапе хирургического лечения были купированы явления СМЖ и они были выписаны из стационара, а у 56 из всех 107 больных с СМЖ вследствие дСВЖП предпринят второй этап хирургического лечения.

Следовательно, абсолютный эффект устранения проявлений СМЖ после первого этапа хирургического лечения составил 85,1% (91 из 107) случаев. Из всех 107 больных с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом проявления СМЖ были купированы у 79 (73,8 %) путем эффективной ЭПСТ (с литоэкстракцией конкремента в 5 наблюдениях) и у 12 — ЭПСТ и дополнительным ЭП (11,2%), а проявления СМЖ сохранялись у 3 (2,8%) больных по причине невыполнения ЭПСТ и ЭП, и у 13 (12,2%) — вследствие отсутствия эффекта от ЭПСТ. В результате эффект ЭПСТ (с литоэкстракцией в 5 наблюдениях) составил 76,0% (79 из 104), а дополнительное ЭП — 100%. Общая эффективность ЭПСТ и ЭП составляет 87,5% (91 из 104). Таким образом, дополнительное использование ЭП позволяет улучшить эффективность ЭПСТ на 11,5% случаев.

На втором этапе хирургического лечения у 38 больных после перенесенной на первом этапе лечения эффективной ЭПСТ выполнили лапароскопическую холецистэктомию (ХЭ), у 2 — ХЭ традиционным способом, а у 16 больных — потребовалась дополнительная коррекция СМЖ. Из 16 больных с сохраняющимися проявлениями СМЖ у 6 выполнили холеохолитотомию, дренирование ОЖП и ХЭ и у 1 — без ХЭ, у 2 — билиодигистивный анастомоз (БДА), у 4 — БДА и ХЭ, у 2 — БДА, транспеченочное дренирование на сменных дренажах (СТД), у 1 — СТД.

**Заключение.** В результате использования лечебного алгоритма при сочетанном применении эндоскопической папиллосфинктеротомии и билиарного эндопротезирования способствовало раннему ( $p < 0,04$ ) устранению проявлений СМЖ и сокращению сроков стационарного лечения (с  $19,8 \pm 1,0$  дней до  $16,4 \pm 0,9$  дней).

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

Даденко Б.М., Борисенко В.Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования. Харьков, Украина.

**Цель исследования.** Разработка комплексной диагностической программы обследования больных механической желтухой (МЖ), осложненной острым холангитом (ОХ) и билиарным сепсисом.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное исследование 48 больных МЖ в возрасте от 30 до 78 лет; мужчин было 18 (37,5%), женщин — 30 (62,5%). Желтушный период составил от 2 до 46 суток (в среднем — 14,2 суток).

Программа комплексного обследования включала стандартную клинико-лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование (УЗИ), папиллоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) и была дополнена изучением признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), бактериологическим исследованием крови и желчи, микроскопией желчи, определением уровня прокальцитонина крови. Степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA.

**Результаты.** По результатам исследования пациенты были распределены на три группы: первая — с механической желтухой (SIRS-0, SOFA-0) — 12 (25%) больных; вторая — с острым холангитом (SIRS-1, SOFA-0) — 24 (50%) больных; третья — с билиарным сепсисом (SIRS $\geq$ 2, SOFA $>$ 0) — 12 (25%) больных.

Средний уровень билирубинемии у всех исследуемых больных составил  $84\pm 1,5$  мкмоль/л, уровень трансаминаз был также повышен: АлАТ —  $3,4\pm 0,3$  мкмоль/г·л, АсАТ —  $2,6\pm 0,2$  мкмоль/г·л, уровень прокальцитонина крови составил: у больных первой группы — 0-0,2 нг/мл; второй — 0,2-1,3 нг/мл; третьей  $>1,3$  нг/мл.

Механический характер желтухи подтвержден по данным УЗИ у всех 48 (100%) больных: холедохолитиаз выявлен у 27 (56,2%), опухоль головки поджелудочной железы — у 3 (6,3%),

у остальных 18 (37,5%) больных диагноз остался не уточненным.

При папиллоскопии и ЭРХПГ у 4 (8,3%) больных дополнительно выявили вклиненный камень большого дуоденального сосочка (БДС), у 2 (4,2%) — рак БДС, у 12 (25%) — стеноз БДС, из них изолированно — у 5 (10,4%), а в сочетании с холедохолитиазом — у 7 (14,6%) больных; явления папиллита наблюдали у 8 (16,7%) пациентов.

Поданным папиллоскопии, микроскопии и бактериологического исследования желчи, полученной после канюляции холедоха или эндоскопической папиллосфинктеротомии, острый холангит установили у 36 (68,8%) больных второй и третьей группы, что подтверждает результаты уровня прокальцитонина крови. Катаральный холангит диагностировали у 18 (43,8%) пациентов, фибринозный — у 8 (16,7%), гнойный — у 10 (20,8%).

Бактериемию выявили у 8 (16,7%) пациентов: у 1 (2,1%) — первой группы, у 2 (4,2%) — второй и 5 (10,4%) — третьей группы, что в очередной раз подтверждает неспецифичность этого метода в верификации сепсиса. В 2 (4,2%) случаях выявили *St. aureus*, а в 6 (12,5%) — гемолизирующий *St. epidermidis*.

Бактериохолию выявили у 34 (70,8%) пациентов, рост кишечной палочки получен у 16 (33,3%), клебсиеллы — у 7 (14,6%), протей — у 6 (12,5%), энтерококков — у 5 (10,4%) пациентов.

**Выводы.** Разработанная комплексная диагностическая программа с определением признаков SIRS, органной дисфункции, уровня прокальцитонина крови, использованием УЗИ, папиллоскопии, ЭРХПГ, микроскопии и бактериологического исследования желчи, позволяет установить диагноз и провести дифференциальную диагностику между механической желтухой, острым холангитом и билиарным сепсисом, и в дальнейшем осуществлять оптимальное лечение.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ «ЛОЖНЫХ» И «ИСТИННЫХ» Н-ОБРАЗНЫХ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.

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

Проведен сравнительный анализ результатов наложения «ложных» Н-образных спленосупраренальных анастомозов (ССРА, 89 пациентов) и «истинных» Н-образных спленоренальных анастомозов (Н-СРА, 62 больных) с применением венозной вставки из правой внутренней яремной вены у больных с портальной гипертензией (ПГ). Средний возраст всех больных составил  $28,7 \pm 10,6$  лет при Н-СРА и  $26,9 \pm 9,8$  лет при ССРА.

В 16 (10,6%) случаях определена внепеченочная форма ПГ, в остальных 89,4% (135) этиологической причиной был цирроз печени (ЦП). Основной причиной внутрипеченочного блока был вирусный гепатит (HBV, HCV) у 118 (87,4%) больных.

Ближайшие результаты Н-образного шунтирования показали, что у больных с ССРА развитие таких осложнений как печеночная недостаточность (10,1%), постшунтовая энцефалопатия (15,7%), тромбоз анастомоза (1,1%) наблюдали гораздо реже, чем после Н-СРА (16,1%; 22,6%; 8,1%). Анализ отдаленного периода наблюдения показал, что тромбгеморрагические осложнения при Н-образных шунтах наиболее характерны для первого года наблюдения (88,2%) и развиваются у 12,5% больных после ССРА и 17,0% после Н-СРА, а основной причиной являлись исходный малый диаметр (7 мм) надпочечникового сосуда (44,4%) при «ложных» Н-СРА, отсутствии каркаса и баллонное растяжение венозной вставки (75%) на фоне воздействия высокого портального давления при истинных Н-СРА. Летальность была представлена следующим образом: 1 больной после ССРА и 5 пациентов после Н-СРА.

Послеоперационное течение в динамике прослежено у 72 (81,8%) больных с ССРА и у 47 (82,5%) после Н-СРА. Все пациенты, наблюдавшиеся в отдаленный период, были с ЦП.

Летальность в отдаленный период составила 33,3% (24) после ССРА и 53,2% (25) после Н-СРА.

В структуре неудовлетворительных результатов отдаленного периода после Н-образных шунтов на долю тромбгеморрагических осложнений пришлось 25% всех фатальных исходов после ССРА и 20% после Н-СРА. В свою очередь основной причиной летальности была печеночная недостаточность и энцефалопатия, частота которых в группе Н-СРА была в 1,7 раза выше, чем после ССРА (42,6% против 25,0%), что было обусловлено не только прогрессирующим хроническим диффузным процессом в печени, но и с более выраженным декомпрессивным ( $p < 0,05$ ) эффектом истинных Н-образных анастомозов.

Проведенные исследования позволили определить показания для наложения ССРА: выраженная ПГ с высоким риском кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка или их наличие в анамнезе при компенсированном или субкомпенсированном функциональном состоянии печени (класс «А» и «В» по Child-Pugh). При отсутствии условий для наложения ССРА, а также других типов декомпрессии, операцией выбора является наложение Н-СРА с забором венозной вставки из внутренней яремной вены справа и применением ограничительной манжеты. Наложение ССРА при диаметре надпочечниковой вены менее 8 мм нецелесообразно, так как риск развития тромбоза анастомоза в ранние сроки после операции может достигать 80%, при этом шунты большего диаметра оказались состоятельны в 92,5% случаев. При длине притока более 2 см для профилактики растяжения вставки на фоне воздействия высокого портального давления рекомендуется применять методику ограничения портокавального сброса, которая в этих случаях обеспечивает каркасные свойства для «ложной» Н-вставки.

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ МЕТОДОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Демидов В.М., Демидов С.М.

Национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В течение последних 5 лет были обследованы 139 больных острым панкреатитом (ОП). Для ретроспективного анализа были отобраны 67 больных, у которых впоследствии развился деструктивный ОП. Всем больным выполнили лапароскопические вмешательства. Окончательный диагноз ОП выставляли после комплексного клиничко-лабораторного обследования больных, анализа данных ультразвукового обследования органов брюшной полости, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, обзорной рентгенограммы панкреатической зоны, показателей биохимического и клинического обследования крови. В промывной жидкости из сальниковой сумки (СС), полученной во время лапароскопии, а также в крови обследованных больных определяли активность фермента NO-синтазы и концентрации иммуноцитоккинов — фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкина-1-бета (ИЛ-1 $\beta$ ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Клиника ОП развивалась у тех больных, у которых в течение периода времени от 7 до 3 дней до начала заболевания отмечалось существенное возрастание активности фермента NO-синтазы и концентрации ФНО- $\alpha$ . Подобное отмечали в 82-91% случаев, причем повышение исследуемых показателей как в крови, так и в жидкости СС позитивно коррелировали с клиническим состоянием пациентов.

Концентрация ИЛ-1 $\beta$  в крови и в жидкости СС начинала повышаться, как правило, за 24 часа до начала ОП, что выявили в 47% всех случаев. Следует отметить, что в 31% случаев концентрация данного иммуноцитоккина в исследуемых жидкостях организма оказалась повышенной после начала заболевания.

Концентрация ИЛ-6 в крови и в жидкости СС у обследованных не изменялась до начала заболевания. Однако, начиная с 3-5 дня после начала ОП, регистрировали повышение концентрации ИЛ-6 в жидкости СС у тех пациентов, у которых впоследствии наблюдали осложнения.

Начало ОП сопровождается значительным нарастанием в крови провоспалительных цитокинов. Концентрация ФНО- $\alpha$  возрастала намного раньше, это считали одним из прогностических критериев развития ОП. Полученные данные показали, что существенное возрастание концентрации ИЛ-6 в панкреатической жидкости является объективным критерием, свидетельствующим о прогностической опасности дальнейшего прогрессирования заболевания.

Таким образом, повышение активности неспецифических гуморальных компонентов жидкостей организма позволяет использовать их с диагностической целью на ранних этапах заболевания.

## ОБ ЭТАПНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Демин Д.Б., Тарасенко В.С.

Кафедра госпитальной хирургии Оренбургской государственной медицинской академии, Оренбург, Россия

Острый панкреатит (ОП) остается актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии, с сохраняющими свою значимость вопросами хирургической тактики.

Исходя из необходимости применения при ОП инвазий, минимизирующих объем операционной травмы и вероятность экзогенного инфицирования панкреонекроза, целесообразно применение малоинвазивных технологий при данном заболевании.

**Цель исследования.** Провести анализ эффективности эндохирургических вмешательств и навигационной хирургии под ультразвуковым контролем при остром деструктивном панкреатите (ОДП).

**Материалы и методы.** С 2002 г. в клинике кафедры госпитальной хирургии на лечении находились 145 больных с ОП, у которых в качестве стартового метода хирургического лечения выполняли малоинвазивные вмешательства: лапароскопия с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости — у 112 человек, дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений под ультразвуковым контролем — у 34 пациентов.

**Результаты и обсуждение.** У 21 пациента при лапароскопии выявили признаки отечного панкреатита, в том числе у 12 диагностировали наличие распространенного серозного выпота. Послеоперационное течение у всех пациентов было

гладким с полным выздоровлением. Однако 4 пациентов в последующем были госпитализированы в сроки от 2 месяцев с постнекротическими панкреатическими кистами, которые были санированы пункционно под ультразвуковым контролем. То есть, отсутствие в момент лапароскопии бляшек стеатонекрозов и (или) геморрагического выпота еще не говорит об отсутствии ОДП.

У 91 пациента выявили панкреонекроз, в том числе у 70 (76,9%) пациентов лапароскопия явилась окончательным методом лечения с последующим выздоровлением. Открытые операции выполняли у 19 (20,9%) больных, у всех при поступлении диагностировали тяжелый ОП. Срок вмешательства — 5–23 суток с момента лапароскопии. При операции у всех пациентов выявили тотальное поражение панкреатической ткани с массивным ретроперитонеонекрозом с признаками инфицирования. Из них 10 пациентов выжили, 9 больных погибли.

Летальный исход отмечен у 11 (12,1%) пациентов, у всех при поступлении тяжелый ОП. Из них 2 (2,2%) пациента погибли в ферментативную фазу от прогрессирующей панкреатогенной токсемии, а 9 (9,9%) пациентов — в фазу секвестрации, перенесли открытые операции. Секционное исследование во всех 11 случаях подтвердило диагноз тотального инфицированного панкреонекроза.

Летальность среди больных, перенесших лапароскопические вмешательства, составила 9,8%, среди больных с панкреонекрозом — 12,1%, среди больных с тяжелым ОП — 22%.

У 34 пациентов с парапанкреатическими жидкостными скоплениями выполнено их пункционное дренирование под УЗ-контролем. У 28 (82,4%) пациентов пункционное вмешательство явилось окончательным методом лечения с выздоровлением, 6 больных подвергли в последующем лапаротомии в связи с неэффективностью пункционной инвазии. Летальных исходов в данной группе не было.

Таким образом, летальность у всех пациентов с панкреонекрозом (125 человек), составила 8,8%, что свидетельствует об эффективности малоинвазивной хирургии при ОДП. Однако «ложкой дегтя» остается распространенный панкреонекроз, результаты лечения которого наименее утешительны, что подтверждают и данные, полученные в исследовании. Следует констатировать, что малоинвазивные технологии при этой форме панкреонекроза малоэффективны как окончательный способ хирургического лечения и могут являться лишь первым этапом сложного лечебного процесса. Однако для ограниченных форм панкреонекроза малоинвазивная хирургия — метод выбора, позволяющий снизить летальность у больных с деструктивным панкреатитом.

## ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Демин Д.Б., Волков Д.В., Тарасенко В.С.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Согласно современным представлениям лечение острого панкреатита (ОП) преследует две стратегические цели: локализация патологического процесса и проведение его по асептическому пути. Однако в ряде случаев ОП становится проблемой, требующей хирургической санации. В этой ситуации ведущую роль играет применение инвазий, минимизирующих объем операционной травмы и, что особенно важно, вероятность экзогенного инфицирования панкреатического некроза. В данном ракурсе все большее значение приобретает применение навигационной хирургии под ультразвуковым контролем.

**Цель исследования.** Провести анализ эффективности пункционных технологий при панкреонекрозе.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2010 г.г. в клинике госпитальной хирургии ОрГМА на базе МГКБ скорой медицинской помощи №1 г. Оренбурга на лечении находились 34 пациента с ОП, пролеченных консервативно с последующим

развитием парапанкреатических жидкостных скоплений, выявленных при ультразвуковом исследовании (УЗИ). При поступлении все больные получали стандартное лечение, включавшее массивную инфузионную терапию, блокаторы панкреатической секреции, спазмолитики, антибактериальную профилактику, антиоксиданты. Пункционно-дренирующие инвазии под контролем УЗИ при парапанкреатических жидкостных скоплениях проводили не ранее 10 суток от начала заболевания при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий. Использовали инструментарий и дренажи производства ООО «МИТ». Вмешательства проводили в условиях операционной под местной анестезией с применением нейролептанальгезии. Пункцию выполняли устройством УДПО-2 в точке «акустического окна», ближайшей к полостному образованию, с последующим низведением полиэтиленового дренажа диаметром 9-12 Ch.

*Результаты и обсуждение.* Из 34 больных, подвергшихся вмешательству, у 30 (88,2%) пациентов полученное содержимое было стерильным, у 4 (11,8%) — с признаками инфицирования. Объем содержимого составил от 150 до 600 мл. После вмешательства проводили ежедневное промывание дренированных полостей растворами антисептиков. Дренажи удаляли после исчезновения отделяемого из них и ликвидации жидкостных компонентов при контрольном ультразвуковом исследовании.

У 2 (5,9%) больных после пункции возникло подтекание содержимого кисты в свободную брюшную полость, что потребовало выполнения в одном случае лапароскопии, а в другом — лапаротомии. У 27 (79,4%) пациентов пункционное вмешательство явилось окончательным методом лечения с полной санацией полостных образований. У 3 (8,8%) пациентов в связи с наличием в полости кисты секвестра, поддерживающего гнойный процесс, выполнили открытое вмешательство. 2 (5,9%) пациентам в связи с выявлением сообщения полости кисты с протоковой системой в последующем выполнили цистодигестивные соустья (в

одном случае эндоскопическая цистогастротомия, в другом — цистоеюноанастомоз). Летальных исходов не было.

Известно, что инфицирование панкреатического некроза является решающим фактором, определяющим дальнейшее течение ОП. Даже при наличии распространенного некроза летальность низка до тех пор, пока некроз остается стерильным. В данном ракурсе положительным эффектом пункционного вмешательства является не только минимизация операционной травмы, но и значительно меньший риск развития в последующем инфицирования изначально стерильного панкреонекроза, что, исходя из необходимости проведения ОП по асептическому пути, повышает шансы больного на выздоровление.

Таким образом, при визуализируемых при панкреонекрозе жидкостных скоплениях, в том числе инфицированных, навигационная хирургия под УЗ-контролем позволяет в большинстве случаев решить задачу их санации и является методом выбора, и этому хирургическому направлению принадлежит важная роль в снижении летальности в общей популяции больных с деструктивным панкреатитом.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Рамазанова Ю.А., Нухов Р.Р.,  
Ашимова А.А., Атаев Т.М., Габибов Р.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Острые нарушения функции печени и почек при панкреонекрозе на фоне эндотоксической агрессии выявляют в 63-78% случаев и значительно усугубляют течение заболевания, повышая летальность. Несмотря на привлечение современных технологий, результаты лечения при развившемся гепаторенальном синдроме остаются недостаточно позитивными, что определяет актуальность дальнейшего поиска алгоритмов его ранней диагностики и профилактики.

*Цель исследования:* уточнить алгоритм ранней диагностики и профилактики развития гепаторенального синдрома у больных панкреонекрозом.

*Материалы и методы.* Проанализированы результаты обследования и лечения 386 больных с панкреонекрозом в возрасте от 19 до 86 лет. Гепаторенальный синдром различной степени тяжести был выявлен у 63%. Функцию печени оценивали, ориентируясь на параметры общего белка, альбумина, фибриногена, АЛТ, АСТ, билирубина, мочевины, щелочной фосфатазы, параметров коагулограммы. Признаки повреждения почек выявляли по результатам исследования креатинина, клиренса креатинина, уровней натрия и калия в плазмы, по-

часового диуреза. Функциональный резерв почек определяли по дофаминовому тесту. Диагностику органных нарушений подтверждали также данными инструментального обследования (УЗИ и УЗАС печени и почек, КТ, МРТ). Тяжесть эндотоксикоза определяли по уровню МСМ, индексу сдвига нейтрофилов, ЛИИ, уровню мочевины, амилазы крови, гистамина, серотонина, альбуминсвязывающей способности плазмы, прокальцитонину, рассчитываемому показателю токсичности (ПТ), а также по известным показателям реакции иммунной системы на эндотоксикоз (иммуноглобулины IgG, IgM, фагоцитоз, Т- и В-система). Тяжесть общего состояния пациентов уточняли по шкалам SAPS II, APACHE II. Легкая форма (9-11 баллов по APACHE II) была у 86 (22,3%), средней тяжести (12-15 баллов) — у 113 (29,3%), тяжелая (более 16 баллов) — у 187 (48,4%) больных.

*Результаты.* Приведенный алгоритм мониторинга функций печени и почек позволил у 76% больных диагностировать начальные стадии угнетения гепаторенальной функции. Алгоритм патогенетически направленных лечебных мероприятий



включал: 1) борьбу с эндотоксикозом (энтеросорбция, ранняя экстракорпоральная детоксикация); 2) коррекцию гипотонии и улучшение печеночного и почечного кровотока (НАES-steril, Инфукол, альбумин); 3) коррекцию микроциркуляторных и коагуляционных расстройств (реополиглюкин 400-800 мл, пентоксифиллин 10 мл/сут, клексан 0,4/1раз/сут); 4) улучшение клеточного метаболизма и стабилизация мембран клеток (регуляторы цикла Кребса и антиоксиданты); 5) гепато- и нефропротекторы; 6) профилактику компартмент-синдрома и защиту слизистых оболочек (энтеральный лаваж, клизмы, перидуральный блок, Хилак-форте, лак-

тулоза, антистакс); 7) антибактериальную терапию (карбапенемы); 8) коррекцию белково-энергетической недостаточности препаратами специального действия (Аминостерил-Гепа, Аминсол-Гепа, Нефрамин, Нефродиал). Применение данного алгоритма мониторинга и лечения позволило снизить развитие тяжелых форм гепаторенального синдрома в 2,6 раза и общую летальность — в 1,8 раза.

**Выводы.** Патогенетически обоснованный алгоритм ранней диагностики и своевременная направленная профилактика гепаторенальных нарушений позволяют существенно улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом.

## ПАНКРЕАТОБИЛИАРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Довнар И.С., Полинский А.А., Пакульневич Ю.Ф., Дещук А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Количество больных с заболеваниями желчных путей, осложненных панкреатобилиарной гипертензией, за последние годы значительно возросло, при этом большинство из них находятся в пожилом и старческом возрасте и имеют массу сопутствующих заболеваний. В диагностике причин механической желтухи используют ультразвуковое исследование и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРХПГ), чувствительность и достоверность которой значительно выше. Инвазивность данной методики имеет свои отрицательные стороны, в то же время, в ряде случаев, дополненная папилосфинктеротомией (ЭПСТ), она позволяет устранить причину желчной или панкреатической гипертензии одновременно. Преимуществами данной операции являются малая травматичность, отсутствие необходимости использования общей анестезии и вскрытия брюшной полости, низкая летальность.

**Цель исследования:** определить возможности ретроградной эндоскопической панкреатохолангиографии, папилосфинктеротомии в диагностике и лечении заболеваний желчных путей, осложненных панкреатобилиарной гипертензией.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ ЭРХПГ и ЭПСТ, выполненных в клинике общей хирургии УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за последние 6 лет. ЭРХПГ была выполнена у 177 больных в возрасте от 28 до 85 лет. Холедохолитиаз выявили у 137 (77,4%) больных; стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) — у 45 (25,4%), причем у 32 (18,1%) пациентов наблюдалось сочетание стеноза с холедохолитиазом; аденому БДС — у 5 (2,8%), хронический панкреатит с расширением вирсунгова протока — у 32 (18,1%) больных, из них у 4 (2,3%) пациентов выявили вирсунголитиаз.

**Результаты.** У 143 больных устранения гипертензии в желчных и панкреатических протоках осуществляли путем выполнения ЭПСТ. Поставленная цель была достигнута у 67 (46,9%) пациентов. Ликвидировать желчную и панкреатическую гипертензию путем ЭПСТ не удалось у 76 больных. У 18 больных ЭПСТ оказалась технически не выполнима.

Наиболее серьезными осложнениями ЭПСТ были: повреждение интрапанкреатической части холедоха у 1 больной, с последующим неблагоприятным исходом; острый панкреатит — у 5 (3,5%); кровотечение из папилотомной раны — у 3 (1,7%) пациентов, которое было остановлено методом эндоскопического гемостаза. В 2 случаях исследование осложнилось ущемлением корзинки Дормия вместе с конкрементом в большом дуоденальном сосочке, что потребовало выполнения лапаротомии у одного больного, а у второго больного корзинку извлекли эндоскопическим способом на следующий день. Острый панкреатит развился у 5 пациентов, он купирован консервативными методами. С целью снижения частоты возникновения панкреатита используем низкие концентрации контрастных веществ, промываем протоки раствором новокаина, проводим аспирацию контрастного вещества после проведения исследования. В раннем послеоперационном периоде обязательно проводим консервативную терапию (голод, спазмолитики, антибиотики, инфузия лекарств).

**Заключение.** ЭРПХГ и ЭПСТ в условиях эндохирургических отделений позволяют провести дифференциальную диагностику механической желтухи и восстановить проходимость билиарных, а в ряде случаев и панкреатического протоков.

## ИММУНОСУПРЕССИЯ, КАК МАРКЕР ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дронов А.И., Ковальская И.А., Лубенец Т.В., Горлач А.И.

Кафедра общей хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Киевский центр хирургии заболеваний печени, поджелудочной железы и желчных протоков им. В.С. Земскова, Киев, Украина

**Цель исследования:** определить значимые маркеры острого некротического панкреатита для оптимизации процесса диагностики и лечения данного заболевания.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы истории болезни 30 пациентов с острым некротическим панкреатитом, проходивших лечение в Киевском центре хирургии заболеваний печени, поджелудочной железы и желчных протоков в 2008-2009 гг. В исследовании значительно преобладали мужчины — 53,3%, средний возраст больных составил 48,5 лет. Время госпитализации в клинику от начала заболевания в среднем составило 5,5 суток. Диагноз острого панкреатита выставляли на основании клинической картины, данных ультразвукового исследования и компьютерной томографии, повышенного уровня амилазы крови. 3 (10%) больных имели по шкале BISAP 4 балла, 18 (60%) больных — 3 балла, остальные больные — 2 балла. У всех

больных определяли абсолютное число лимфоцитов как доступный маркер иммуносупрессии, значение ниже  $1,2 \times 10^9/\text{л}$  считали показателем иммуносупрессии.

**Результаты.** У 23 (76,7%) пациентов при поступлении отмечали иммуносупрессию, имелись гнойно-септический осложнения, в течение периода болезни определяли патогенную флору, вызванную в основном внутрибольничной инфекцией и *E. coli*.

Летальность составила 30,4%.

У 7 (23,3%) больных иммуносупрессии не отмечали, этим больным оперативные вмешательства не выполняли ввиду отсутствия гнойно-септических осложнений и показаний к операции (летальности в этой группе не было).

**Выводы.** Иммуносупрессия является важным лабораторным маркером тяжести острого панкреатита и возможных гнойно-септических осложнений и должна учитываться при оценке состояния больных с острым некротическим панкреатитом

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Нейроэндокринные опухоли (НЭО), к которым относится инсулинома, являются относительно редкими образованиями. Однако частота новых случаев прогрессивно растет и в настоящее время составляет от 1,5 до 6 на 100000 жителей. Единственным радикальным методом лечения является хирургический. Частота как послеоперационных осложнений, так и летальности при этом заболевании высоки и составляют соответственно 15-40% и 0,5-25%.

**Материалы и методы.** С 1983 по 2010 гг. в клинике факультетской хирургической (КФХ) им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было оперировано 245 больных с инсулинпродуцирующими опухолями поджелудочной железы. Мужчин было 68 (27,8%), женщин — 177 (72,2%). Средний возраст пациентов составил  $44,7 \pm 4,6$  года. Наиболее частой локализацией образования была локализация в головке ПЖ — 42%.

Характер выполненных операций: энуклеация инсулиномы поджелудочной железы — 139 (56,5%), дистальная резекция ПЖ — 95 (39%) пациентов, гастропанкреатодуоденальная резекция — 3 (1,2%). Каждый восьмой пациент был оперирован повторно (32 (3%) пациента), что привело к более большой травматизации поджелудочной железы и, следовательно, отрицательным образом влияло на течение послеоперационного периода.

Для оценки исходов хирургического лечения, все больные были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили пациенты, у которых применяли единый подход к лечению, включающий комплексное дооперационное обследование с целью уточнения локализации опухоли, тщательную интраоперационную ревизию с обязательным интраоперационным УЗИ (ИОУЗИ), прецизионную технику операций с дополнительной обработкой раневой поверхности фибриновым клеем. С первых

суток послеоперационного периода этих больных вели, как пациентов с острым деструктивным панкреатитом с тщательной коррекцией уровня глюкозы крови и обязательным применением аналогов соматостатина. Во вторую (контрольную) группу вошли пациенты, у которых данный протокол ведения был соблюден не полностью. Состав боль-

ных и характер операций в обеих группах были сопоставимы.

**Результаты.** В послеоперационном периоде различные осложнения, связанные с хирургическим вмешательством, выявив 32,6%, а летальность составила 5,3%. Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице.

Таблица

Характер послеоперационных осложнений и летальности в обеих группах больных, (%)

Характер осложнений	Группы больных		
	Основанная группа (n=128)	Контрольная группа (n=117)	Всего (n=245)
ДП (деструктивный панкреатит)	7,8	19,6	13,4
ДП + свищ	3,1	7,7	5,3
ДП + абсцесс	7,0	8,5	7,8
ДП+псевдокиста —	-	0,85	0,4
Распространенный перитонит	3,9	1,75	2,8
Нагноение послеоперационной раны	3,9	0,85	2,4
Аррозивное кровотечение	-	0,85	0,4
Всего осложнений	25,7	40	32,6
Летальность	3,1	7,7	5,3

Наиболее частым осложнением был деструктивный панкреатит. Как видно из таблицы, применение единого протокола ведения больных привело не только к снижению общего числа осложнений, но, прежде всего, таких грозных, как деструктивный панкреатит с исходом в панкреа-

тический свищ и абсцесс брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

**Заключение.** Предложенный нами протокол ведения больных инсулинпродуцирующими опухолями ПЖ позволяет снизить число послеоперационных осложнений и летальность в 1,6 и 2,6 раза соответственно.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Гуревич Л.Е., Фоминых Е.В., Гитель Е.П.,  
Васильев И.А., Парнова В.А., Анисимова О.В., Майорова Е.М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Частота встречаемости нейроэндокринных опухолей (НЭО) гепатопанкреатодуоденальной области в настоящее время увеличивается и достигает 10-15 наблюдений на 1 000 000 населения. Лечебная тактика и прогноз у этих пациентов кардинально отличаются от больных с аденокарциномой этой локализации.

**Материалы и методы.** С 1982 по 2010 гг. в КФХ им. Н.Н. Бурденко находились на лечении 335 пациентов с НЭО гепатопанкреатодуоденальной области. Среди них злокачественные новообразования выявлены у 72 (21,5%) больных и в 43% случаев наблюдали метастазы в печень и кости. Структура злокачественных НЭО была представлена следующим образом: инсулиномы — 40, гастриномы — 13, нефункционирующие — 8, ВИПомы и глюкагоно-

мы — 6, метастазы НЭО в печень (без первичного очага) — 8. В процентном отношении реже всего злокачественными были инсулиномы (16%).

Диагноз злокачественной опухоли подтверждали на основании морфологического исследования макропрепарата. Начиная с 1995 года, в обязательном порядке выполняли иммуногистохимическое (ИГХ) исследование, а в ряде случаев и электронную микроскопию.

На дооперационном этапе диагноз ставили на основании изучения гормонального профиля, неспецифических маркеров НЭО и данных методов топической диагностики.

Оперированы 57 пациентов — 61 оперативное вмешательство. Характер выполненных оперативных вмешательств: дистальная резекция поджелудочной

железы — 35, энуклеация опухоли — 11, панкреато-дуоденальная резекция — 5, резекция печени — 6, диагностическая лапаротомия — 3, гастрэктомия — 3 (дважды с частичным иссечением метастазов печени). Химиоэмболизацию (ХЭ) метастазов опухоли произвели 10 больным, в 4 случаях выполняли их склерозирование абсолютным спиртом под УЗИ-контролем.

Из 15 пациентов, которые не были оперированы — 3 проводили только симптоматическое лечение, 12 — биотерапию синтетическими аналогами соматостатина — сандостатином — ЛАР и октреотидом — ДЕПО (причем 7 из них циторедуктивные вмешательства были выполнены в других стационарах).

**Результаты.** Каких-либо специфических ультразвуковых или ангиографических признаков злокачественных инсулином и гастрином выявить не представлялось возможным. При КТ и МРТ эти опухоли также не отличались чем-либо от доброкачественных новообразований. С помощью этих методов удалось локализовать более 75% злокачественных НЭО. Чувствительность эндоУЗИ достигла 90%, сцинтиграфия соматостатиновых рецепторов (ССР) с октреотидом In 111 позволила

определить опухоли и их печеночные метастазы во всех случаях. До операции диагноз злокачественной НЭО был поставлен только в 40% наблюдений на основании отдаленных метастазов или прорастания опухоли в окружающие ткани. К пункционной биопсии прибегали в единичных наблюдениях, преимущественно при нефункционирующих НЭО с обязательным ИГХ исследованием.

В хирургическом лечении предпочтение отдавали резекционным методам. Метастазы в печень не являлись основанием для отказа от операции — выполняли максимально возможную циторедуктивную операцию с последующей ХЭ и системной биохимиотерапией. Частота послеоперационных осложнений составила — 34,4%, а летальность — 4,9%

5-летняя выживаемость составила: после радикальных операций — 87%, циторедуктивных с последующей комплексной терапией (в том числе био и химиотерапией) — 64%.

При проведении биотерапии в течение 3 лет живы 7 из 10 пациентов. Все 12 больных, проходящих курсы лечения, отметили улучшение качества жизни в следствие устранения гормонального синдрома и интоксикации.

## БЕСКОНТРАСТНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТИКОГРАФИЯ: ЭТАПНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНЫХ И ОБОСНОВАНИЕ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНОЙ СИСТЕМЕ

Ермолов А.С., Упырев А.В., Дроганова Т.А., Басова Т.И

Российская медицинская академия последиplomного образования,  
Клинический госпиталь МСЧ ГУВД по г. Москве, Москва, Россия

Необременительность и достаточная диагностическая эффективность магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии (МРХПГ) делают актуальным изучение ее в качестве мониторинга результатов операций на желчной системе, в определении показаний к повторным вмешательствам с учетом преемственности данных, полученных на предыдущих этапах диагностики.

**Цель исследования.** Изучение возможностей этапного применения бесконтрастной МРХПГ в оценке результатов первичных и необходимости повторных вмешательств на билиарном тракте.

**Материалы и методы.** Для анализа отобран 31 больной с различной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, которым МРХПГ применена поэтапно, в динамике по ходу оперативного лечения. Сроки и состояние больных в послеоперационном периоде не являлись препятствием к проведению исследования. Всем пациентам выполнили операции на желчевыводящих путях. МРХПГ производили в стандартных режимах на томографе

Achieva 1,5 Т фирмы PHILIPS. МРХПГ выполняли параллельно с прямыми рентгеноконтрастными исследованиями желчных путей в 15 наблюдениях и как самостоятельный метод — в 16. Результаты МРХПГ сопоставляли с данными инвазивных методик и операционными находками.

Объем выполненных вмешательств и характер патологии были следующими: папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией по поводу холедохолитиаза — 7 больных; лапароскопическая холецистэктомия, наружное желчеистечение — 5 больных; открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха — 5 больных; билиодигестивные соустья по поводу доброкачественной патологии желчных протоков — 4 больных; чрескожные холецисто-и-холангиостомии с экстракорпоральным билиодигестивным шунтированием по поводу механической желтухи опухолевого генеза — 5 больных; нарушение функции билиодигестивного соустья в отдаленном периоде, повторные операции коррекции желчеоттока — 5 больных.



**Результаты.** Во всех исследованиях удалось получить полное изображение желчного дерева высокого качества. Из 12 случаев холедохолитиаза в 1 наблюдении при холедохотомии наличие мелких (2 мм) конкрементов не подтвердили. При желчеистечении после холецистэктомии во всех наблюдениях установили его источник: пересеченный общий печеночный проток — в 1, термически поврежденный проток — в 1, несостоятельная культя пузырного протока — в 3 и ложе желчного пузыря — в 3 наблюдениях. При контрольных исследованиях дренированных желчных протоков в 1 случае выявили миграцию Т-образного дренажа. При оценке функции билиодигестивных анастомо-

зов в отдаленном периоде установили нарушение пассажа желчи в 3 наблюдениях. На основании полученных данных во всех выше перечисленных группах больных определили показания к повторным вмешательствам и методы устранения выявленной патологии.

**Заключение.** Метод бесконтрастной магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии обладает высоким уровнем диагностики патологии желчной системы. Безопасен и необременителен. Позволяет использовать его в динамике для оценки результатов лечения. Последнее обстоятельство становится важным в определении показаний к повторному вмешательству и выбору метода операции.

## ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Жандаров К.Н., Русин И.В., Кухта А.В., Ушкевич А.Л., Обуховская Н.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Цель исследования:** оценить возможности эндоскопических и миниинвазивных вмешательств в лечении острого деструктивного панкреатита и его осложнений.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2010 гг. в хирургическом отделении УЗ «ГОКБ» находились на лечении 252 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Всех больных по методам проведенного лечения разделили на 4 группы: 1 группа — консервативная терапия — 106 больных; 2 группа — ранние оперативные вмешательства — 68 больных; 3 группа — отсроченные оперативные вмешательства — 49 больных; 4 группа — программная лапароскопическая санация — 23 больных.

**Результаты.** Раннее раскрытие парапанкреатической клетчатки приводило к инфицированию некротических очагов с образованием абсцессов и флегмон. С 2005 года начинается рост числа пациентов, которым проводили только консервативную терапию (максимум в 2009-2010 гг.). С 2007 года начали широко применять эндоскопические вмешательства: диагностическая лапароскопия; дренирование и санация брюшной полости при безуспеш-

ности консервативного лечения и панкреоферментативном перитоните; холецистостомия при билиарной гипертензии; дренирование сальниковой сумки; программная санация гнойно-некротических полостей (показания: сформированная или несформированная постнекротическая киста брюшной полости с угрозой разрыва; постнекротические кисты при неэффективности консервативного лечения или наличии осложнений; гнойно-некротическая полость различной локализации); торакоскопия при панкреатической фистуле; вскрытие и дренирование постнекротических кист; вскрытие и дренирование под лапароскопическим контролем парапанкреатических и забрюшинных абсцессов; эндоскопическая панкреатоэктомиостомия. При наличии распространенных гнойно-некротических поражений забрюшинной клетчатки проводили лапаротомию с некрэксеквэктомией.

**Выводы.** Консервативная терапия является основным компонентом лечения, и только при ее неэффективности с появлением признаков инфицирования проводится хирургическое лечение с преимущественным применением малоинвазивных и эндоскопических вмешательств.

## КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Бойко Д.В., Русин И.В., Кухта А.В., Ушкевич А.Л., Обуховская Н.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Цель исследования:** оценить эффективность разработанных клиничко-томографических алгоритмов оценки тяжести острого деструктивного панкреатита.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2010 гг. в хирургическом отделении ГОКБ находились на лечении 252 пациента с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями. Все пациенты по степени тяжести заболевания были разделены на 3 группы: в I группу вошло 57 пациентов с легкой формой течения заболевания; во II группу — 106 пациентов со средней формой; в III группу — 89 пациентов с тяжелой формой. Применяли следующий диагностический алгоритм: общеклинические лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование, КТ и МРТ в динамике, кроме того, учитывали и общее состояние пациентов, которое вычисляли по шкалам APACHE II, SAPS II, SOFA, Ranson, ТФС. Клиничко-томографические и патологоанатомические исследования позволили классифицировать патологический процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке в виде схемы зон поражения: I область — поджелудочная железа с локальным или диффузным увеличением, инфильтрация парапанкреатической клетчатки и полости большого

сальника; II область — поджелудочная железа с диффузным увеличением и очагами деструкции, вовлечена забрюшинная клетчатка до диафрагмы слева, реактивный плеврит; III и IV области — диффузно увеличенная поджелудочная железа, множественные очаги или тотальная деструкция, вовлечена забрюшинная клетчатка по левому (III область) или правому (IV область) боковому каналу с паранефральной клетчаткой; V область — распространение патологического процесса по забрюшинной клетчатке боковых каналов в паховые области и ретроперитонеальную клетчатку.

Используя МРТ признаки и измерение площади патологических участков поджелудочной железой и парапанкреатической клетчатки в двух проекциях, мы можем вычислять площадь поражения в мм<sup>2</sup>. На основании анализа площади поражения поджелудочной железой и парапанкреатической клетчатки мы можем прогнозировать течение и исход острого деструктивного панкреатита.

**Выводы.** Применение клиничко-томографических алгоритмов диагностики острого деструктивного панкреатита и его осложнений позволяет адекватно оценить размер поражения патологическим процессом, определить форму течения и спрогнозировать результат лечения.

## ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Ушкевич А.Л., Прокопчик Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

**Целью исследования** являлась разработка способа лечения острого деструктивного парапанкреатита в эксперименте с применением фотодинамической терапии, определение дозы фотосенсибилизатора для лечения деструктивных процессов в забрюшинной клетчатке.

**Материалы и методы.** В качестве лабораторных животных были использованы 35 кроликов, массой около  $3,1 \pm 0,2$  кг обоих полов. Эксперимент проводили под внутривенным наркозом. Вв асептических условиях производили лапаротомию, перемещения части поджелудочной железы в клетчатку забрюшинного пространства, травматизацию ее паренхимы, введения в паренхиму железы микроб-

ной взвеси с последующим ушиванием париетальной брюшины над травмированной частью железы. Рану послойно ушивали. Спустя сутки проводили повторную лапаротомию. В брюшной полости находили признаки панкреатита, парапанкреатита, подтверждаемые макроскопическими, гистологическими и лабораторными исследованиями. В очаг деструкции в забрюшинной клетчатке вводили шприцом фотолон. Через 1 час производили низкоинтенсивное лазерное облучение забрюшинной клетчатки в месте развития воспаления в течении 10 минут. При этом использовали лазерный аппарат Родник-1. После облучения рану послойно ушивали. Кролика помещали в отдельную клетку,

ежедневно производился забор общего и биохимического анализов крови, велось наблюдение за животным.

При изучении результатов лечения острого парапанкреатита у лабораторных животных с применением фотодинамической терапии сравнение производили с контрольной группой не получавшей лечения. Отмечены снижение лейкоцитоза, уменьшение палочкоядерных нейтрофилов в общем анализе крови после проведения ФДТ. Увеличение продолжительности жизни животных при исполь-

зовании ФДТ, изменения при аутопсии после использования ФДТ носят характер ограничения воспалительного процесса, или к его практически полному затуханию.

**Выводы.** Применение методов фотодинамической терапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения при деструктивном парапанкреатите оказывает положительные действия на местные воспалительные процессы в забрюшинной клетчатке направленные на уменьшение и ограничение воспаления.

## ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

**Жандаров К.Н., Кухта А.В., Безмен И.А., Ушкевич А.А., Белюк К.С., Обуховская Н.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Материалы и методы.** В клинике хирургических болезней за период 2002-2009 гг. находилось на лечении 173 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам по поводу патологии протоков поджелудочной железы (ПЖ) (53 (29,5%) больных) (в том числе с вируснохолангитом — у 20 больных, а также с поражением паренхимы: склерополикистозом — у 19, кальцинозом — у 12); кист (112 (64,7%) больных) и свищей (10 (5,8%) больных) ПЖ.

**Результаты и обсуждение.** В связи с разными подходами и диагностическими возможностями в лечении больных выделено 2 периода. В первом периоде 2002-2006 гг. оперативные вмешательства при кистах ПЖ выполняли без учета патологии протоков ПЖ, наличия или отсутствия хронической панкреатической гипертензии (ХПГ) (57 пациентов).

Во втором периоде 2007-2009 гг. в связи с внедрением МР- и КТ-диагностики и пересмотром отношения к ХПГ изменили подход в выборе способа оперативного вмешательства при наличии ХПГ, кист и свищей ПЖ. Оперировано 94 больных.

При наличии ХПГ (расширение главного панкреатического протока 4 мм и более), при склерополикистозе и кальцинозе головки ПЖ выполняли интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру (у 28 больных). При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковой ее поверхностям, выполняли панкреатоцистовирсунгоэюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную

панкреатоеюностомию) по Ру (у 29 больных) по разработанной в клинике методике. При расположении кист в отдалении от ПЖ, на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоеюноанастомоз (у 2), или же для наложения двух анастомозов формировали две петли по Ру (у 2). При наличии кист без явлений ХПГ или их осложнениях выполняли: программированную лапароскопическую санацию (26) по разработанной в клинике методике; пункции под УЗ-контролем (15); наружное дренирование только при осложнениях (3); панкреатоцистоеюностомию по Ру (9). При свищах ПЖ (9) выполняли: срединную резекцию ПЖ с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза (5); дистальную резекцию (2) и гемипанкреатэктомию (2). При наличии желчной гипертензии из-за патологии в головке ПЖ выполняли: холедохопанкреатоеюноанастомоз по разработанной в клинике методике (8); холедохоеюно- и панкреатоеюноанастомоз на одной петле по Ру (2).

В I периоде выполнения оперативных вмешательств отмечено образование панкреатических свищей из-за недооценки имеющейся ХПГ (17) и необходимость повторных оперативных вмешательств направленных на коррекцию ХПГ (19). При операциях во II периоде отмечено 3 несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, не потребовавшие повторного оперативного вмешательства.

**Выводы.** Следовательно, применение экономных резекций поджелудочной железы с дренированием одновременно протоковой системы и кист ПЖ при наличии ХПГ, позволило снизить количество осложнений, образование свищей ПЖ.

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ГЛУХОГО» ПРЕЦИЗИОННОГО ШВА ХОЛЕДОХОТОМИЧЕСКОГО ОТВЕРСТИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ХОЛЕДОХА СКРЫТЫМ САМОУДАЛЯЮЩИМСЯ ДРЕНАЖОМ

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Русин И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Цель исследования.** Оценить экономическую эффективность применения «глухого» прецизионного шва (ГПШ) холедохотомического отверстия в сочетании с дренированием общего желчного протока (ОЖП) скрытым самоудаляющимся дренажом (патент на полезную модель №5406, от 29.12.2008), разработанным в клинике для ликвидации билиарной гипертензии в раннем послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ материальных затрат на стационарное лечение в послеоперационном периоде 37 пациентов, которым были выполнены одноэтапные открытые оперативные вмешательства на внепеченочных желчных протоках по поводу желчнокаменной болезни осложненной холедохолитиазом, стенозом терминального отдела холедоха и механической желтухой. Осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов отмечено не было.

Пациенты были разделены на 2 группы: группу 1 составили 22 больных, которым холедохотомия была завершена наружным дренированием ОЖП с ушиванием холедохотомического отверстия до дренажа с использованием прецизионной техники; в группу 2 вошли 15 пациентов с ушиванием холедохотомического отверстия ГПШ в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажом (ССУД).

**Результаты.** Количественные показатели при оценках послеоперационных койко-дней у 15 пациентов с дренированием ОЖП ССУД (группа 2) были следующими: медиана - 10,5; квартили —

9–14 и имели статистически значимые различия с группой 1, где медиана — 19,5; квартили — 16,0–21 (критерий Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ). Увеличение количества послеоперационных койко-дней у больных группы 1 по сравнению с группой 2 при сопоставимости по полу, возрасту, общему состоянию и имеющейся патологии, схожести тяжести хирургического вмешательства (открытые операции) было связано с невозможностью удаления наружного дренажа ОЖП ранее 10-х-14-х суток. ССУД не требовал специального извлечения, на 8-е–10-е сутки дренаж самостоятельно отходил в просвет двенадцатиперстной кишки, что подтверждено данными УЗИ ОЖП. Это позволяло существенно сократить продолжительность послеоперационного лечения в медицинском учреждении.

Учитывая, что средняя стоимость одного койко-дня пребывания и лечения в отделении хирургии составила 146758 белорусских рублей по расчетам бухгалтерии УЗ «ГОКБ» за 2010 год среднее количество материальных затрат на послеоперационное лечение в хирургическом стационаре из расчета на 1-го пациента в группе 1 составило — 1320822 бел. руб.; в группе 2 — 2568265 бел. руб.

Исходя из того, что разница материальных затрат между группой 1 и группой 2 с дренированием холедоха ССУД составила 1247443 бел. руб., то можно сделать вывод, что дренирование ОЖП ССУД в сочетании с ГПШ по сравнению с наружным дренированием ОЖП позволяет в среднем сэкономить 1247443 бел. руб. на одном пациенте, что подчеркивает экономическую значимость предложенной методики.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Лукошко А.А., Юрик Г.Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Цель исследования.** В 2008 году был разработан и внедрен в клиническую практику скрытый самоудаляющийся дренаж (патент на полез-

ную модель №5406, от 29.12.2008) для дренирования ОЖП, использование которого позволяет завершить холедохотомию «глухим» прецизионным



швом без риска несостоятельности последнего. Для изучения и сравнительного анализа влияния различных вариантов завершения холедохотомии на выраженность воспалительного процесса в желчевыводящей системе проведено данное экспериментальное исследование.

**Материалы и методы.** 15 кроликам в супрадуоденальном отделе холедоха была произведена холедохотомия длиной до 0,5 см. По способу завершения холедохотомии лабораторные животные были разделены на 3 группы: группа 1 (5 кроликов) — холедохотомию завершили «глухим» прецизионным швом; в группа 2 (5 кроликов) — применили наружное дренирование общего желчного протока; группа 3 (5 кроликов) — с «глухим» прецизионным швом холедохотомического отверстия в сочетании с дренированием скрытым дренажом.

На 10 сутки после моделирования различных вариантов завершения холедохотомии лабораторные животные были выведены из эксперимента.

При этом с соблюдением стерильности выполняли пункцию общего желчного протока (ОЖП) и забор желчи на микроскопическое исследование

**Результаты.** При микроскопическом исследовании нативных препаратов желчи под оптическим микроскопом в прямом свете было отмечено увеличение количества эпителия желчных протоков, лейкоцитов и эритроцитов в желчи у всех трех групп кроликов по сравнению с контрольными данными взятыми при моделировании различных вариантов завершения холедохотомии для контроля исходного клеточного состава желчи, что свидетельствовало о присутствии воспаления в желчных путях и было непосредственно связано с оперативным вмешательством на ОЖП. Однако наиболее выраженные патологические изменения в желчи присутствовали во 2 группе лабораторных животных.

При микроскопии желчи (таблица) более выраженный воспалительный процесс в желчевыводящей системе животных выявили во 2 группе.

*Таблица*

Показатели микроскопического состава желчи в зависимости от способа завершения холедохотомии

Показатели	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	медиана	квартили	медиана	квартили	медиана	квартили
Лейкоциты	5	3,5-6	20	13,5-35	5	4-6,5
Эпителий желчных протоков	4,5	3-6	7	5,5-10	5,5	5-7

**Заключение.** Наружное дренирование ОЖП приводит к выраженным воспалительным изменениям в желчевыводящей системе в отличие от применения

«глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия без дренирования и в сочетании с транспапиллярным дренированием скрытым дренажом.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ИНФЕКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

**Жандаров К.Н., Белюк К.С., Жмакин А.И.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь*

В подавляющем большинстве случаев холедохотомию завершают наружным дренированием общего желчного протока, несмотря на ряд недостатков, свойственных этой методике. Некоторыми исследователями показано, что одной из возможных причин микробной контаминации желчи через несколько дней после операции может быть наружный дренаж билиарной системы. В 2008 году нами разработан и внедрен в клиническую практику скрытый самоудаляющийся дренаж (патент на полезную модель №5406, от 29.12.2008) для дренирования общего желчного протока (ОЖП), использование которого позволяет завершить холедохотомию «глухим» прецизионным швом без ри-

ска несостоятельности последнего с естественным оттоком желчи в двенадцатиперстную кишку.

**Цель исследования:** изучить и провести сравнительную оценку влияния различных вариантов завершения холедохотомии на развитие восходящей инфекции желчевыводящей системы в эксперименте.

**Материалы и методы.** Экспериментальное исследование выполнено на 15 взрослых кроликах, которые в зависимости от варианта завершения холедохотомии были разделены на 3 группы: группа 1 (5 кроликов) — с «глухим» прецизионным швом общего желчного протока; группа 2 (10 кроликов) — с наружным дренированием общего желч-

ного протока; группа 3 (10 кроликов) — с «глухим» прецизионным швом холедохотомического отверстия в сочетании с транспапиллярным дренированием скрытым дренажом.

В раннем послеоперационном периоде на 10 сутки после моделирования различных вариантов завершения холедохотомии лабораторные животные были выведены из эксперимента. При этом в условиях операционной с соблюдением стерильности выполняли пункцию ОЖП и забор желчи на микробиологическое исследование. Микробиологическое исследование осуществляли путем засева 0,1 мл желчи на чашку Петри с 1% глюкозным мясо-пептонным агаром (МПАг) для качественного и количественного определения наличия в желчи аэробных и факультативно-анаэробных бактерий, а также в высокий столбик МПАг для качественного определения наличия в желчи анаэробных микроорганизмов и термостатировали в течение 3 дней при температуре 37° С.

**Результаты.** При бактериологическом исследовании желчи у 15 экспериментальных животных

на 10 сутки после операции было установлено отсутствие роста колоний микроорганизмов на пластинчатом МПАг и высоком МПАг столбике у всех лабораторных животных группы 1 (100%) и группы 3 (100%). Результаты посева 10 проб желчи, взятых при моделировании различных вариантов завершения холедохотомии для контроля исходного бактериального обсеменения исследуемого материала также были отрицательными. Бактериальный рост на пластинчатом МПАг и высоком МПАг столбике выявлен у всех кроликов (100%) группы 2 и в среднем составил  $486 \pm 124$  КОЕ в 1 мл. Факт бактериального обсеменения желчи кроликов данной группы свидетельствовал о роли наружного дренажа в развитии восходящей инфекции билиарной системы.

**Заключение.** Ушивание холедохотомического отверстия «глухим» прецизионным швом без дренирования, а также и с применением скрытого дренажа ОЖП, не приводит к распространению восходящей инфекции желчевыводящей системы.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗОНЕ ХОЛЕДОХОТОМИИ

**Жандаров К.Н., Белюк К.С., Прокопчик Н.И.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь*

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку выраженности патологических изменений в области холедохотомии при различных вариантах ее завершения в позднем послеоперационном периоде (через 60 суток).

**Материалы и методы.** 15 кроликам в супрадуоденальном отделе холедоха была произведена холедохотомия длиной до 0,5 см. Все животные были разделены на 3 группы в зависимости от варианта завершения холедохотомии: группа 1 (5 кроликов) — с «глухим» прецизионным швом холедохотомического отверстия; группа 2 (5 кроликов) — с наружным дренированием общего желчного протока (ОЖП); группа 3 (5 кроликов), которым выполняли ушивание холедохотомического отверстия «глухим» прецизионным швом в сочетании с транспапиллярным дренированием ОЖП скрытым дренажом.

Через 60 суток кролики были выведены из эксперимента. Изучали макроскопические изменения в области ОЖП с последующим патогистологическим исследованием холедоха в зоне холедохотомии. Выполняли рентгенографию ОЖП с 76% раствором урографина.

**Результаты.** При вскрытии животных на 60 сутки после моделирования различных вариантов

завершения холедохотомии у всех (100%) кроликов группы 2 в области стояния наружного дренажа отмечали выраженное развитие соединительной ткани, деформацию, отек и утолщение стенок ОЖП. Макроскопические изменения в области ОЖП у лабораторных животных групп 1 и 3 были менее выражены по сравнению с группой 2 и носили схожий характер. Очаговое утолщение стенки протока без его деформации, отека и макроскопических признаков воспаления непосредственно над «глухим» прецизионным швом отмечено у 2 (40%) кроликов группы 1 и у 2 (40%) кроликов группы 3. У остальных лабораторных животных группы 1 и группы 3 макроскопических изменений в ОЖП выявлено не было.

При рентгенографическом исследовании проходимости холедоха у 2 (40%) кроликов группы 2 была отмечена деформация ОЖП с наличием стенотического сужения просвета ОЖП. У остальных лабораторных животных группы 2 и групп 1 и 3 патологических изменений в ОЖП при рентгенологическом исследовании не обнаружили.

При патогистологическом исследовании ОЖП в области стояния наружного дренажа у всех (100%) кроликов группы 2 выявили, что структура ОЖП нарушена, эпителий слизистой оболочки десквами-

рован, в подлежащих тканях определи резко выраженную лимфоидно-гистиоцитарную инфильтрацию с выраженными склеротическими изменениями.

У всех лабораторных животных группы 1 и 3 патогистологические изменения в области «глухого» прецизионного шва ОЖП были менее выражены по сравнению с группой 2 и имели схожий характер. Эпителий слизистой на большем протяжении был сохранен, очаговую десквамацию эпителия отмечали непосредственно в области холедохотомии на протяжении менее чем 1/3 окружности протока. В этой же области в подлежащих тканях отметили

слабо выраженную лимфоидно-гистиоцитарную инфильтрацию и слабо выраженные склеротические изменения в стенке протока непосредственно в зоне холедохотомии.

**Заключение.** Результаты экспериментального исследования указывают на преимущества применение «глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия без дренирования и с транспиллярным дренированием скрытым дренажом по сравнению с наружным дренированием ОЖП, чем следует руководствоваться в практической деятельности при завершении холедохотомии.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ СЕРОТОНИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Журенкова Т.В., Симоненко А.П., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Андреев С.С.

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

**Актуальность.** Повышение устойчивости и сохранение функциональной активности печени при ишемии, возникающей во время резекции этого органа в условиях обескровливания, остается одним из вопросов гепатологии. Одним из наиболее перспективных препаратов в данном случае является серотонин, который связывается с серотониновыми рецепторами гладкой мускулатуры внутренних органов и нормализует ее сократительную активность и автоматизм (эндогенную вазомоторику, перистальтику).

**Цель исследования:** улучшение результатов резекционных методов лечения печени.

**Материалы и методы.** Комплексное ультразвуковое исследование по стандартной методике проводили на аппарате Siemens-sonolin-Sienae (1999) с использованием секторного датчика с частотой 3,5-5,0 МГц. В В-режиме оценивали наличие свободной жидкости и жидкостных скоплений в плевральных полостях, в полости малого таза, в брюшной полости с прицельным вниманием на зону резекции и проекцию хода дренажей. Визуализировали паренхиму сохраненной части печени, поджелудочную железу, селезенку, магистральные сосуды брюшной полости. По данным дуплексного сканирования оценивали кровоток в портальной системе (воротная, верхняя брыжечная и селезеночная вена), в собственной печеночной артерии, в печеночных венах и в нижней полой вене на печеночном сегменте. Определяли анатомический ход сосуда, его проходимость, оценивали спектр доплеровского сдвига частот, рассчитывали показатели объемной скорости кровотока (ОСК).

Исследование в раннем послеоперационном периоде выполнено у 13 пациентов. Схема исследования: в момент перевода пациента в отделение реанимации (исходные данные), через 60 минут после введения серотонина и на 2 сутки после операции.

**Результаты.** По данным исследования в В-режиме у 3 пациентов отметили наличие свободной жидкости в плевральных полостях, у 1 из них — в сочетании с тазовым асцитом. У 4 пациентов на раннем послеоперационном периоде в зоне резекции визуализировали жидкостное скопление размерами от 15 до 30 мм, с неоднородным содержимым и признаками организации в динамике, что свидетельствует о наличии послеоперационной гематомы.

У 7 больных оценивали наличие и характер перистальтики. После введения препарата у этих больных отмечали ее усиление и изменение характера от единичных маятникообразных движений, до активных передвижений внутриполостных масс «по типу бурления».

У 11 пациентов после введения препарата отмечали четко выраженную тенденцию к уменьшению площади селезенки от 23 до 37%. У 2 пациентов размеры селезенки незначительно возрастали на 2-4 см<sup>2</sup>.

При оценке параметров гемодинамики значения линейной (ЛСК) и объемной скорости кровотока по воротной вене в среднем составили  $0,28 \pm 0,04$  м/с и 0,82 л/мин; по верхней брыжечной вене —  $0,36 \pm 0,02$  м/с и 0,23 л/мин; по селезеночной вене —  $0,14 \pm 0,01$  м/с и 0,19 л/мин. Повышение значений линейной систолической и объемной скоростей по сосудам портальной системы отмечено у 5 пациентов по воротной и верхней брыжечной ве-

не и у 2 — по селезеночной. У 3 пациентов параметры гемодинамики значимо не изменились. При регистрации кровотока по собственной печеночной артерии средние показатели ЛСК составили 0,8 м/с (ОСК — 0,167 л/мин). В динамике отмечено снижение скоростных показателей у 5 и повышение — у 4 пациентов. Изменений скорости не зарегистрировали у 3 пациентов. По печеночным венам повышение ОСК отметили у 8 пациентов,

показатели не изменились — у 2. Снижение ОСК отметили в 1 наблюдении.

*Заключение.* Таким образом, полученные данные подтверждают, что после введения серотонина прослеживается тенденция к нормализации кровотока печени, уменьшению площади селезенки, что свидетельствует о снижении портальной гипертензии у больных, перенесших операцию на печени в раннем послеоперационном периоде.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Шарапов И.В., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Бородаев И.Е.

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

*Введение.* Эхинококкоз печени представляет собой важную проблему гепатологии во многих случаях решаемую за счет применения хирургических методов лечения, осложнения при которых встречаются в 23-55% случаев. Одним из возможных технологических приемов является использование лапароскопического криовоздействия непосредственно на ткани паразита и прилегающие ткани печени.

*Цель исследования:* проведение сравнительной оценки эффективности лапароскопического криодеструктивного и резекционного (традиционного) хирургического лечения эхинококкоза печени.

*Материал и методы.* С 1999 года по настоящее время хирургическая помощь была оказана 120 больным эхинококкозом печени в возрасте от 14 до 73 лет, из них женщин было 67 и мужчин — 53. Больных разделили на две группы в соответствии со способом лечения: 1 группа (70 больных) — с традиционным хирургическим лечением; 2 группа (50 больных) — после лапароскопического криовоздействия.

Для криохирургического лечения образований печени применяли установку «Криоэлектроника-4» ( $t$  — 180°C, давление — 2,5 атм). Время воздействия колебалось в пределах от 3 до 25 мин. Криогенное воздействие применяли после пункции кисты и удаления хитиновой оболочки для обработки остаточной полости фиброзной капсулы. Избыток фиброзной капсулы иссекали, а остаточную полость ликвидировали путем капитонажа и/или оментопластики.

*Результаты.* Наибольший эффект применения криовоздействия отмечается у пациентов с одиноч-

ными кистами при размерах кист до 5,0 см. При больших размерах паразитарной кисты эффективность применения лапароскопической криодеструкции соответствует отмечаемой при традиционном хирургическом вмешательстве.

Осложнения отмечены у 21 (31,7%) больного в 1 группе с традиционным хирургическим лечением эхинококкоза и у 9 (18,0%) пациентов во 2 группе с лапароскопическим криовоздействием. В раннем послеоперационном периоде наблюдали тенденцию к снижению частоты инфицирования остаточной полости в условиях криовоздействия — 3% во 2 группе против 5,8% в 1 группе. Гемобилию зарегистрировали в 1 группе в 2% случаев, во 2 — в 1,7%. При этом формирование наружных желчных свищей и обострение холангита достоверно чаще отмечались у пациентов с традиционным хирургическим вмешательством — 7,5% против 2% во 2 группе.

Рецидивы после хирургических вмешательств в группе с традиционным хирургическим лечением зарегистрировали у 15 (14,7%) пациентов, в то время как в группе с применением лапароскопической криодеструкции — у 3 (3,0%) больных.

*Выводы.* Представленные результаты показали, что применение лапароскопического криовоздействия способствует снижению частоты осложнений у больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени, как в раннем, так и в отдаленном периоде послеоперационного наблюдения.

Лапароскопическая криодеструкция паразитарных кист печени обеспечивает снижение частоты рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде в сравнении с традиционной эхинококкэктомией.



## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

**Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Гаврилов О.В., Косяк А.А., Мальгинов К.Е.**  
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
МУЗ «Клиническая медико-санитарная часть №1», Пермь, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных первичным и метастатическим раком печени.

**Материалы и методы.** В 2009-2011 гг. методом радиочастотной термоабляции (РЧА) пролечено 22 пациента: с гепатоцеллюлярным раком — 4, с метастазами колоректального рака — 18. Мужчин было 15, женщин — 7 в возрасте от 47 до 73 лет. Во всех случаях имело место билобарное поражение печени, опухоли печени располагались интрапаренхиматозно. Размеры опухолей варьировали в пределах от 1 до 5 см. в диаметре, максимальное количество очагов было 4.

Использовали электрохирургический аппарат для радиочастотной абляции Volleylab Cool-Tip. У 2 пациентов РЧА выполнена интраоперационно, у остальных — чрескожно под УЗ-контролем. Время воздействия колебалось в пределах от 8 до 60 минут. Надежность термоабляции обеспечивали путем мониторингирования в режиме реального времени.

**Результаты.** После РЧА все пациенты отмечали умеренную болезненность в эпигастрии

и правом подреберье в течение 3-5 суток. У 5 пациентов зарегистрировали подъем температуры тела до 38° С. При контрольных УЗИ и КТ (МРТ) печени зафиксировали четкое уменьшение размеров очаговых образований печени, границы очагов становились более четкими и определенными.

Умерла 1 пациентка от механической желтухи и печеночной недостаточности на фоне вновь возникших метастазов в воротах печени. Остальные пациенты живы. 2 пациентам выполнили повторную РЧА очаговых образований через 3 месяца после первой. Выживаемость в течение одного года составила 95,45%.

**Выводы.** РЧА является оптимальным методом лечения пациентов с технически нерезектабельными злокачественными опухолями печени. РЧА хорошо переносится больными, имеет значительно меньшую частоту осложнений по сравнению с резекцией печени и позволяет достигать результатов, сопоставимых с хирургическим лечением.

## ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

**Заривчацкий М.Ф., Каменских Е.Д., Мугатаров И.Н., Сметанин Д.В.**  
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
МУЗ «Клиническая медико-санитарная часть №1», Пермь, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с угрозой или состоявшимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) на фоне цирроза печени.

**Материалы и методы.** Анализ результатов лечения 70 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии и ВРВП за период 2004-2010 гг. Среди пациентов было 43 женщины (61,43%) и 27 мужчин (38,57%). Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 68 лет. Класс А в соответствии с классификацией Child-Pugh был у 26 пациентов, класс В — у 38, класс С — у 6 пациентов. Согласно классификации А.Г. Шерцингера (1986) ВРВП 2 степени выявили у 18 (25,71%) больных, 3 степени — у 52 (74,29%).

Больные были разделены на 4 группы: первой группе (15 пациентов) выполняли портокавальное

шунтирование (ПКШ); второй (15 пациентов) — прямые вмешательства на ВРВП и желудка; третьей (20 пациентов) — туннелирование печени по методу Ю.М. Ишенина и четвертой (20 пациентов) — эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП.

**Результаты.** ПКШ позволило у 13 (86,67%) больных первой группы добиться полного (ВРВП отсутствовали) или почти полного (ВРВП 1 и 2 степени) исчезновения ВРВП. При дальнейшем динамическом наблюдении у 3 (20%) больных были выявлены тромбоз шунта с последующим кровотечением из ВРВП.

Прямые вмешательства на ВРВП позволили добиться полной эрадикации ВРВП только в 2 (13,33%) случаях. В группе пациентов с циррозом печени (ЦП) класса В, при невозможности выполнения ПКШ, применение этой методики было оправданным в связи с отсутствием летальных ис-

ходов. Также необходимо придерживаться тактики максимально раннего оперативного лечения до появления признаков прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности. В отдаленном периоде было выявлено 2 (13,33%) рецидива пищеводно-желудочного кровотечения.

При анализе результатов туннелирования печени по методу Ю.М. Ишенина в раннем послеоперационном периоде рецидив кровотечения из ВРВП выявлен у 1 (5%) пациента третьей группы. В отдаленном периоде рецидивы кровотечения из ВРВП возникли у 3 (15%) пациентов. При оценке динамики регресса ВРВП через 6-12 месяцев после операции выявили преобладание 1 степени (56,25%), а также уменьшение 3 степени ВРВП с 90% (18 пациентов) до 18,75% (3 пациента). Ранняя послеоперационная летальность составила 20%, поздняя — 15%.

После ЭЛ количество пациентов с 3 степенью ВРВП в ранний послеоперационный период сократилось с 70% (14 пациентов) до 30% (6 пациентов). Однако при обследовании через 6 — 12 месяцев у 12 (60%) пациентов вновь выявили 3 степень ВРВП. В отдаленном периоде наблюдения рецидивы пищеводно-желудочных кровотечений развились у 5 (25%) больных после однократного сеанса ЭЛ.

**Выводы.** Профилактика кровотечений из ВРВП заключается в динамическом эндомониторинге, дополненном повторными курсами ЭЛ. При неэффективности ЭЛ и компенсированной функции печени показано ПКШ. Прямые вмешательства на ВРВП показаны при невозможности выполнения ПКШ и неэффективности эндоскопических методов профилактики кровотечений из ВРВП.

## СИСТЕМНЫЙ И РЕГИОНАРНЫЙ НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Заркуа Н.Э.**

*Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского Санкт-Петербургской медицинской академии  
постдипломного образования Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия*

**Цель исследования.** Анализ результатов использования технологии направленного транспорта модифицированных лимфоцитов при коррекции печеночной недостаточности и системной воспалительной реакции у пациентов с механической желтухой.

**Материалы и методы.** В исследование включено 146 больных с механической желтухой. Основная группа больных (81 пациент): основная подгруппа 1 (43 пациента) — с клиникой печеночной недостаточности; основная подгруппа 2 (38 пациентов) — с признаками выраженной SIRS на фоне желтухи. У этих больных в комплексе лечебных мероприятий была проведена реинфузия аутогенной клеточной взвеси крови после ее инкубации с антибиотиками, цитокинами и гепатопротекторами внутривенно и через круглую связку печени. В качестве «корратора связывания» при модификации изолированных лимфоцитов использовали диметилсульфоксид. Контрольную группу составили 65 пациентов с аналогичными состояниями получавших традиционную терапию, в том числе аналогичные препараты традиционно системно. Оценка результатов основывалась на фиксации контрольных точек — купировании явлений печеночной недостаточности, признаков SIRS, и конечных точек — объективных и субъективных признаках выздоровления, уровня летальности и осложнений.

**Результаты.** Специфических осложнений, связанных с методикой, не зафиксировано. Проведенный анализ осложнений и летальности показал, что применение методик направленного транспорта лекарственных средств и направленного транспорта лекарственных средств через круглую связку печени позволяет уменьшить тяжесть течения заболевания по критериям купирования печеночной недостаточности и системной воспалительной реакции. В основной группе пациентов наблюдали быструю нормализацию показателей шкалы АРАСНЕ II и быстрое снижение лейкоцитарного индекса интоксикации. Признаки печеночной недостаточности также статистически значимо быстрее купировались в основной группе. При расчете проведенного койко-дня, среднее пребывание в стационаре у больных основной группы составило  $18,9 \pm 1,8$  койко-день, у больных группы сравнения —  $30,3 \pm 1,6$  койко-день ( $p=0,002$ ).

При исследовании концентрации антибиотиков в сыворотке крови и в печени у больных всех групп через сутки после введения лекарственных препаратов по методикам направленного транспорта лекарственных средств (системно и через круглую связку печени), длительно сохранялись концентрации препарата превышающие минимальную подавляющую концентрацию в 8-10 раз, а в сыворотке

крови в основной группе наблюдали постепенное снижение концентрации антибиотика по сравнению с контрольной группой. Среднекурсовая доза препарата в контрольной группе была в среднем в 4 раза больше ( $24,6 \pm 1,13$  г), чем в основной группе (подгруппа 1 —  $5,42 \pm 0,34$  и подгруппа 2 —  $5,33 \pm 0,34$  г) ( $p=0,001$ ).

При сочетании методик направленного транспорта лекарственных средств и направленного транспорта лекарственных средств через круглую связку печени у больных в основной группе летальности не было, а уровень клинически значимых осложнений снизился на 18,3%.

**Заключение.** Методика системного и регионарного направленного транспорта модифицированных лим-

фоцитов у больных механической желтухой позволяет пролонгированно повысить концентрацию лекарственного препарата системно и в очаге поражения, снизить напряжение факторов эндогенной интоксикации, обеспечить положительные сдвиги клеточного и гуморального иммунитета, уменьшить побочные воздействия лекарственных средств на организм.

Применение направленного транспорта лекарственных модифицированных элементов крови в комплексной терапии механической желтухи безопасно и позволяет быстрее и эффективнее купировать клинические проявления печеночной недостаточности и системной воспалительной реакции, уменьшает продолжительность лечения, частоту гнойно-некротических осложнений и летальность.

## ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

**Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Летина Ю.В., Сидоров Р.С., Лабазанов В.М.**

*Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

**Цель исследования:** выявить частоту и характер поражения поджелудочной железы у больных вирусным гепатитом в инфекционном стационаре.

**Материалы и методы.** Проанализированы протоколы аутопсий 93 больных вирусным гепатитом, умерших в КИБ им. С.П. Боткина. В ходе исследования анализировали характер и степень изменений ткани поджелудочной железы.

**Результаты.** На стационарном лечении находилось 2312 пациентов с верифицированными формами хронического вирусного гепатита (ХВГ), при этом число летальных исходов составило 110 (4,7%), проведено 93 аутопсии. Распределение больных в зависимости от формы ХВГ было представлено следующим образом: ХВГ «В» — 1191 больных (летальных исходов — 81); ХВГ «С» — 1096 пациентов (летальных исходов — 25); ХВГ В+Д 25 больных (летальных исходов — 4). Злоупотребление алкоголем было выявлено в 40 случаях (43%). В большинстве случаев (88,2%) наблюдали цирротическую стадию ХВГ с развитием таких осложнений как портальная гипертензия, отечно-асцитический синдром, тяжелая степень печеночно-почечной недостаточности.

При анализе результатов аутопсии изменения в поджелудочной железе выявили в 58 (62,4%) случаях. В 26 (44,8%) наблюдениях морфологические изменения соответствовали картине хронического

панкреатита. В 3 (5,2%) наблюдениях, наряду с кистозными изменениями ткани поджелудочной железы, выявили крупные кальцинаты. Фокусы стеатонекрозов в поджелудочной железе выявили у 32 (55,1%) больных, при этом в 20 (34,5%) наблюдениях стеатонекрозы также обнаружили в парапанкреатических тканях и сальниковой сумке, у 5 (8,6%) больных — на париетальной брюшине среднего этажа брюшной полости, брыжейке тонкой кишки. У 5 (8,6%) больных, наряду со стеатонекрозами, обнаружили абсцессы поджелудочной железы, парапанкреатических тканей и сальниковой сумки.

Необходимо отметить, что у больных с выявленными изменениями поджелудочной железы по данным аутопсии, клиническая картина и данные лабораторных и инструментальных методов исследования не позволяли поставить диагноз острого панкреатита прижизненно.

**Выводы.** У больных с декомпенсированными формами вирусного гепатита в 2/3 случаев имеются изменения поджелудочной железы, из них у половины больных морфологическая картина соответствует картине острого панкреатита. При этом прижизненная диагностика затруднена вследствие стертости и замаскированности клинических проявлений поражения поджелудочной железы у данной категории больных.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТРИКТУРОЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

**Зеньков А.К., Штурич И.П., Рящиков А.А., Украинец Е.А., Сапко Г.Ф.**  
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

Диагностика и лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стриктурой дистального отдела холедоха, остается одной из сложных проблем в хирургии желчевыводящих путей.

Исследование основано на анализе результатов лечения 451 больного: 312 (69,2%) больных с холедохолитиазом и 139 (30,8%) больных со стриктурами фатерова сосочка и дистального отдела холедоха, лечившихся на базе Витебской областной клинической больницы. Возраст больных был в пределах от 27 до 78 лет. 74 больных поступили в стационар с наличием механической желтухи, из них у 7 имелась клиническая картина острого холангита — боль в правом подреберье, желтуха, повышенная температура с ознобами.

При обследовании больных кроме общеклинических методов использовали УЗИ, компьютерную томографию, магнитнорезонансную томографию с контрастированием, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ).

У 31 больного холедохолитиаз выявили после произведенной ранее холецистэктомии в сроки от 1 до 5 лет. У 4 больных холедохолитиаз был выявлен при отсутствии камней в желчном пузыре.

ЭРХПГ было произведено больным с подозрением на наличие конкрементов в желчных протоках: диагноз холедохолитиаза был подтвержден у 274 больных, стеноз фатерова сосочка выявили у 121 и стеноз дистального отдела холедоха — у 34 больных.

У 390 больных выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию: по поводу холедохолитиаза — у 244, по поводу холедохолитиаза в сочетании со стриктурой дистального отдела холедоха или

фатерова сосочка — у 42, по поводу стеноза фатерова сосочка — у 104 больных. У 157 больных при папиллосфинктеротомии произвели литоэкстракцию с помощью корзинки «Dornia», в других случаях при достаточно хорошо выполненной папиллосфинктеротомии мелкие камни самопроизвольно отходили в двенадцатиперстную кишку. Контроль за эффективностью эвакуации камней проводили при ультразвуковом исследовании.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных с вышеуказанной патологией проводилась первым этапом в лечении желчнокаменной болезни, вторым этапом — лапароскопическая холецистэктомия, за исключением 5 случаев, где выполняли открытую классическую операцию из-за выраженности спаечного процесса после ранее перенесенных приступов острого холецистита.

У 26 больных при наличии холедохолитиаза не удалось выполнить папиллосфинктеротомию: причиной этому у 15 больных были парафатеральные дивертикулы; у 11 больных — не удалось провести папиллотом в холедохах из-за вклиненных крупных камней в дистальном его отделе. Указанным больным провели классическую открытую операцию — холецистэктомию, холедохолитотомию с наружным дренированием холедоха, из них холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову наложили у 6 больных, трансдуоденальную папиллосфинктеротомию с пластикой холедоха выполнили у 5.

Таким образом, при наличии определенных условий эндоскопическая папиллосфинктеротомия является наиболее щадящим методом оперативного вмешательства при холедохолитиазе и стриктурах дистального отдела холедоха.

## МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Зубарев П.Н., Ивануса С.Я., Шершень, Д.П., Лазуткин М.В., Дзидзава И.И.**

*Кафедра общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия*

До настоящего времени проблема лечения хронического панкреатита остается актуальным разделом хирургической панкреатологии. Это связано как с ростом заболеваемости панкреатитом, так и с неудовлетворенностью результатами лечения. Основными целями оперативного вмешательства по поводу хронического панкреатита

и его осложнений является устранение причины заболевания и купирование протоковой гипертензии. Для этого предложены и широко используют разнообразные минимально инвазивные вмешательства (эндоскопические, пункционные и др.) и ряд резекционных методик. Тем не менее, в медицинской литературе не существует едино-



го мнения об определении показаний к тем или иным операциям.

В клинике общей хирургии ВМедА в период с 2005 по 2010 гг. 98 больным хроническим панкреатитом выполнили различные по объему оперативные вмешательства. В исследовании незначительно преобладали мужчины — 68,4%. Большинство больных были в возрасте от 30 до 50 лет. Минимально инвазивные вмешательства выполнили у 73 больных. Показанием к эндоскопическим методикам (n=31, 42,5%) были явления протоковой гипертензии в сочетании с кистозными образованиями диаметром до 5 см. Изолированное стентирование панкреатических протоков выполнили у 16 больных, трансастрального или трансдуоденального дренирование кистозных полостей — у 8, сочетание трансастрального и транспапиллярного дренирования — у 4, транспапиллярного стентирования и пункционно-дренирующих методов — у 3 пациентов. Пункционно-дренирующие методы под УЗ-наведением применили у 42 (57,5%) больных. Показанием к ним являлось наличие кистозной полости диаметром более 5 см в сочетании с хорошей ультразвуковой визуализацией и безопасным доступом. Неэффективность малоинвазивных вмешательств отмечена в 11% случаях. Открытые хирургические вмешательства выполнили 33 больным. Показаниями к выполнению данного вида

лечения являлись: неэффективность малоинвазивных методов дренирования кистозных образований (n=8); осложненные и крупные (более 15 см в диаметре) многокамерные, экстраорганные кисты (n=7); цистаденомы и цистаденокарциномы (n=6); вирсунголитиаз (n=7); наличие индуративных изменений поджелудочной железы подозрительных на опухоль (n=5). В случаях индуративного головчатого панкреатита с выраженной протоковой гипертензией, интенсивным болевым синдромом и частыми обострениями, а также при цистаденомах (карциномах) головки поджелудочной железы выполняли гастропанкреато-дуоденальную резекцию. При наличии индуративных изменений, истинных кист тела и хвоста поджелудочной железы, невозможности или неэффективности их малоинвазивного лечения производили корпорокаудальную резекцию поджелудочной железы. Наличие вирсунголитиаза служило показанием к продольной панкреатоеюностомии по методу P.F. Partington и R.E. Rochelle. Внутреннее дренирование (цистогастроанастомоз, цистоеюноанастомоз на отключенной петле по Ру) применили в 9 наблюдениях.

Таким образом, у большинства больных хроническим панкреатитом для купирования протоковой гипертензии и лечения осложнений возможно применение минимально инвазивных вмешательств, эффективность которых составляет 89%.

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ибадильдин А.С., Исабеков А.Б.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

**Цель исследования.** Обобщить опыт лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Выполнено 578 ЛХЭ лицам 60 лет и старше, максимальный возраст оперированного пациента — 89 лет. Женщин было 468 (80,9%), мужчин — 109 (19,1%).

Пациентов разделили на группы в соответствии с возрастом по десятилетиям: первая группа (60-69 лет) — оперировано 375 (64,8%) больных (женщин — 336, мужчин — 39); вторая группа (70-79 лет) — оперировано 150 (25,9%) больных (женщин — 129, мужчин — 21); третья группа (80 лет и старше) — 53 (9,3%), мужчин нет.

**Результаты.** 395 (68,3%) больным ЛХЭ выполнили в экстренном порядке по поводу различных форм деструктивного холецистита, а 183 (31,7%) операции выполнили в плановом порядке.

В соответствии с нозологическими формами пациентов разделили на группы:

- обтурационный калькулезный холецистит — оперировано 102 (25,8%) больных (женщин — 89, мужчин — 13), в возрасте 60-70 лет — 85 пациентов, 70-80 лет — 16 пациентов и старше 80 лет — 1 пациент;

- флегмонозный калькулезный холецистит — оперировано 121 (30,7%) больной (женщин — 95, мужчин — 26), в возрасте 60-70 лет — 99 пациентов, 70-80 лет — 21 и старше 80 лет — 1 пациент;

- гангренозный калькулезный холецистит — оперировано 172 (43,5%) больных (женщин — 169, мужчин — 3), в возрасте 60-70 лет — 137 пациентов, 70-80 лет — 29 и старше 80 лет — 6 больных;

- у 79 (1,2%) пациентов выставили послеоперационный диагноз склерозирующий калькулезный холецистит.

Всем больным назначали предоперационное введение антикоагулянтов, интраоперационно внутривенно — антибиотика, при отсутствии противопоказаний.

В 563 (97,4%) случаях оставляли страховочный дренаж, в 12 случаях устанавливали марлевый тампон.

Конверсией завершилось 16 (2,7%) ЛХЭ, причиной ее в 11 случаях был выраженный, перивезикальный инфильтрат; массивное кровотечение — в 4 случаях, разлитой гнойно-желчный перитонит — в 1 случае.

Осложнения после ЛХЭ отмечены у 7 больных: нагноение послеоперационной раны — у 4, кровотечение — у 2, грыжа в зоне нижнего лапаропорота — у 1 больного.

Летальных исходов после ЛХЭ не было, все пациенты выписаны в стандартные сроки.

**Заключение.** Основной контингент больных во всех рассматриваемых возрастных группах, соста-

вили женщины 81%, как в силу этиопатогенеза заболевания, так и в силу различий средней продолжительности жизни между женщинами и мужчинами. Отмечается четкая тенденция увеличения процента деструктивных форм калькулезного холецистита, практически в прямой корреляции от возраста.

Наилучшие результаты ЛХЭ получены у больных, оперированных в первые сутки от момента приступа. В этой группе число конверсий и количество осложнений меньше, чем у больных, оперированных в более поздние сроки.

При соблюдении правил и методик, полноценном техническом обеспечении и высокой квалификации специалистов, выполнение ЛХЭ у лиц старческого и пожилого возраста несомненно основная методика, позволяющая уменьшить негативные последствия имеющегося заболевания и облегчить сроки реабилитации.

## СИМУЛЬТАННЫЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Ибадильдин А.С

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

**Цель исследования.** Проанализировать и обобщить десятилетний опыт проведенных лапароскопических операций.

**Материалы и методы.** За период с 1996 по 2006 гг. на базе нашей клиники произведено 2915 лапароскопических операций, пациентам в возрасте от 16 до 92 лет. Все операции выполняли под общим интубационным наркозом.

Лидирующим по количеству произведенных операций является ЛХЭ — 1935 (66,3%), остальные 980 (33,7%) составили все другие виды выполненных хирургических, гинекологических и урологических лапароскопических операций.

**Результаты.** Симультанных лапароскопических операций выполнено — 611.

ЛХЭ с адгезиолизисом произвели 297 пациентам. Выраженность спаечного процесса варьировала от едичного до конгломератов, деформирующих прилегающие органы, формирующих «двухстволки» и «окна», в которых находились петли кишечника или пряди сальника. Для устранения спаечного процесса использовали рассечение, электрокоагуляцию, наложение клипс или эндопепель.

ЛХЭ и герниопластику выполнили 218 пациентам. Герниопластику производили как традиционными методами, так и лапароскопически, в последующем разработали видеолапароскопический способ интраабдоминальной пластики с использо-

ванием специальной иглы проводника. При выполнении ЛХЭ с паховыми грыжами преимущественно использовали традиционную методику герниопластики, все эти операции производили только в плановом порядке.

ЛХЭ и гинекологические операции произвели 84 пациенткам, в основном это кистэктомии, частичная или полная резекция яичников.

Симультанных операции сочетавших в себе три патологии, ЛХЭ, рассечение спаек и герниопластику выполнили 12 пациентам.

Конверсией закончилось 14 случаев. Причины конверсий: выраженный, воспалительный, перивезикальный инфильтрат при деструктивных формах калькулезного холецистита — у 7 пациентов; массивный спаечный процесс в брюшной полости в связи с ранее перенесенными операциями — у 3 пациентов; активное кровотечение из крупных сосудов — в 4 случаях.

Осложнения отмечены в 4 случаях — внутрибрюшное кровотечение, которое произошло при использовании лапароскопической методики и было ликвидировано при лапаротомии.

Все больные выписаны с выздоровлением в стандартные сроки.

**Выводы.** Поведение сочетанных лапароскопических операций является логически закономерным этапом по мере дальнейшего развития и совершенствования лапароскопических методик и повышения квалификации специалистов

## ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В АСПЕКТЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

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

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

Известно, что для обезвреживания токсических веществ метаболизма или поступающих токсикантов в тканях в процессе эволюции выработались определенные адаптационные механизмы, включающие токсиген-кинетиические, гуморальные, иммунологические, метаболические системы, ответственные за поддержание гомеостаза в органах. Среда них важную роль играют кислородзависимые ферменты монооксигеназной системы.

Еще в середине 20 века была сформулирована гипотеза генетического наследования фенотипа в зависимости от скорости ацетилирования, согласно которой медленный тип (ФМАц) представляет собой простой менделевский рецессивный признак (отличает низкая скорость процесса), а быстрый тип (ФБАц) — доминантный (лица метаболизирующие тест-препараты с высокой скоростью), что для большинства из них свидетельствует о наличии паренхиматозных поражений печени и коррелирует с морфологической и клинико-биохимической оценкой тяжести состояния (Drayer D.E., Reidenberg M.M.).

**Цель исследования** Выявить зависимость клинического течения у больных ЦП от показателей фенотипа ацетилирования.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты обследования 45 больных циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии, осложненным портальной гипертензией (ПГ). У 26 (57,8%) больных морфологически установлен крупно-узловой цирроз печени (КЦП), у 19 (42,2%) больных — мелко-узловой цирроз печени (МЦП). Ацетилирующую способность организма оценивали по методу Пребстинг-Гаврилова в модификации Аниловой и Толкачевской.

Было определено, что до операции у всех обследованных больных, отмечается значительное снижение выделения метаболитов реопирин. Так до операции у больных с МЦП уровень метаболита 4 ААП в суточной моче оказался ниже контроля в 3,6 раз, а у больных с КЦП — 7,36 раза; N-ац-4ААП у больных с МЦП снижен в 3, а у больных с КЦП в 5,74 раза. Быстрый тип ацетилирования выявили у 7 (15,6%), медленный тип ацетилирования — у 38 (84,4%) больных.

**Результаты.** Сравнительный анализ основных биохимических параметров крови в до и послеоперационном периоде у больных с различными типами ацетилирования показал, что не зависимо от типа ацетилирования отмечается повышение основных биохимических показателей печени. Однако, степень выраженности этих показателей в каждой из сравниваемых групп различна.

При медленном фенотипе ацетилирования отмечается значительная активизация цирротического процесса в печени по сравнению с быстрыми ацетиляторами (АЛТ на 74,4% у ФМАц, против 29,5% — у ФБАц; билирубин общий — на 111,8% относительно 42%; уровень аммиака крови — 247,8% относительно 62,5% и др.).

**Выводы.** Сравнительный анализ основных биохимических параметров крови в до- и послеоперационном периоде у больных с различными типами ацетилирования показал, что повышение основных биохимических показателей печени отмечается независимо от типа ацетилирования.

Существует прямая взаимосвязь любой формы ЦП с иммуногистохимическими показателями, что может стать одним из прогностических критериев осложнений в послеоперационном периоде.

## МОНИТОРИНГ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С СЕАНСАМИ ВЛОК У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ибадов Р.А., Байбеков И.М., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.

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

Актуальность обусловлена поиском и разработкой новых возможностей уменьшения деформированности клеток крови и улучшения

микроциркуляции путем воздействия на эритроциты с целью улучшения их функционального состояния.

**Цель исследования:** изучить влияние инфракрасного лазерного облучения крови на форму эритроцитов у больных циррозом печени.

**Материалы и методы.** Капиллярная кровь по экспресс методике «толстой капли» (ЭМТК) — патент РУз №DGU 01195, изучена у 10 пациентов с диагнозом цирроз печени (ЦП), портальная гипертензия (ПГ), варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 3 ст., осложненные кровотечениями, которым проводили интенсивную терапию с сеансами ВЛОК с помощью лазерного терапевтического аппарата «Матрикс — ВЛОК» (лазерной излучающей головки «КЛ-ВЛОК-М» длиной волны 0,63 мкм (инфракрасное облучение, с выходной мощностью 8 мВт), путем введения иглы со световодом в v. intermedia cubiti методом сканирования в течение 10-15 мин. Капиллярную кровь собирали в стерильный пенициллиновый флакончик с 2 мл фиксирующего 2,5% раствора глютарового альдегида на фосфатном буфере (рН — 7,4). Нативную неокрашенную кровь исследовали с помощью микроскопов Биолам-И и Люмам-И2 при соответствующем увеличении.

**Результаты.** После проведения однократного сеанса ВЛОК в комплексе интенсивной терапии, выявило увеличение дискоцитов до 70% на фоне уменьшения числа патологически трансформированных эритроцитов.

Увеличенное количество стоматоцитов проявляет тенденцию к уменьшению и составляет 17%, причем общий пул стоматоцитарной генерации характеризуется уменьшением сферичности клеток. Эритроциты с гребнями составляют до 5%, что в целом в 10 раз больше чем в норме, но на 1/3 меньше чем после кровотечения без ВЛОК. Количество эхиноцитов после однократного ВЛОК остается увеличенным до 5%.

Изучение форм эритроцитов после второго сеанса ВЛОК подтвердило тенденцию положительного влияния лазерного облучения в комплексе интенсивной терапии. Увеличение количества дискоцитов до 77%, с уменьшением числа патологически измененных форм. Восстановление числа дискоцитов преимущественно за счет уменьшения количества эхиноцитов на 3%, стоматоцитов на 1%, эритроцитов с гребнем на 2% и дегенеративных форм на 1%.

Изучение форм эритроцитов после проведения третьего сеанса ВЛОК выявило восстановление количества дискоцитов до 81%, на фоне уменьшения числа патологически измененных и деформированных эритроцитов до 19%. Наблюдается восстановление и нормализация эритроцитарных мембран, что проявляется гладкими клеточными поверхностями с появлением симметричных двусторонних инвагинаций.

Выявлено, что стабильную тенденцию к выраженному восстановлению эритроцитов периферической крови следует ожидать не ранее, чем после 2 — 3 сеанса проведения ВЛОК в комплексе с интенсивной терапией у пациентов с ЦП ПГ ВРВП.

**Выводы.** Проведение лазерного облучения крови в комплексе интенсивного лечения у пациентов с ЦП ПГ ВРВП в отделении реанимации и интенсивной терапии выявило выраженное положительное влияние лазеротерапии на форму эритроцитов.

Рекомендуем проводить лазерное облучение крови с помощью аппарата лазерного терапевтического «Матрикс — ВЛОК» (лазерной излучающей головки «КЛ-ВЛОК-М», длиной волны 0,63 мкм (инфракрасное облучение, с выходной мощностью 8 мВт), путем введения иглы со световодом в v. intermedia cubiti методом сканирования в течение 10-15 мин.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АКТИВАЦИИ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Бабаджанов А.Х., Абсалов М.М., Стрижков Н.А.

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

**Цель исследования.** На основании опыта ведущих мировых гепатологических школ и собственного материала стандартизировать интенсивное ведение больных циррозом печени (ЦП) после наложения проксимального спленоренального анастомоза с развитием острой печеночной недостаточности (ОПН).

**Материалы и методы.** Изучено ведение в раннем послеоперационном периоде 36 пациентов с ОПН за период 2005-2009 гг. в РСЦХ им. акад. В. Вахидова перенесших операцию на-

ложения проксимального спленоренального анастомоза (СРА). После наложения селективных СРА активация цирротического процесса отмечена у 14% больных. В 8,77% случаев холемия и ферментемия достигала высоких цифр (билирубин: общий — 101,3±2,3 ммоль/л, прямой — 52,4±1,9 ммоль/л, АсТ — 298,3±11,3 нмоль/с.л., АлТ — 902,0±40,3 нмоль/с.л.).

Причинами возникновения и прогрессирования ОПН послужили: пищеводное кровотечение —



в 40,9% случаев, асцит-перитонит — в 40,9%, из которых в 68,1% случаев причиной развития ОПН явилась исходная функциональная недостаточность печени, объем оперативного вмешательства и большая кровопотеря во время операции. У 46% больных в прекоматозном состоянии консервативную терапию дополнили гипербарической оксигенацией.

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

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

Вторая линия — лечение синдромов острого повреждения печени, основными направлениями

которой являются: лечение синдромов холестаза и цитолиза; коррекция гипогликемического синдрома; коррекция водно-электролитных нарушений; заместительная гепатотропная терапия.

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

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

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

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ СЕПСИСОМ

**Ибадов Р.А., Байбеков И.М., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.**

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

Оптимизация транспорта кислорода в условиях его повышенного потребления, характерного для тяжелого сепсиса и септического шока является основой успешного лечения. Свойства эритроцитов находятся в прямой зависимости от их формы, мембрана которых весьма чувствительна к изменению концентрации токсических веществ, появляющихся в крови при билиарном сепсисе.

**Цель исследования:** изучить состояние форм эритроцитов у больных билиарным сепсисом.

**Материалы и методы.** Капиллярная кровь по экспресс методике «толстой капли» (ЭМТК) — патент РУз №DCU 01195, изучена у 10 пациентов, получающих интенсивную терапию с диагнозом билиарный сепсис. После прокола скарификатором подушечки безымянного пальца кровь собирали в стерильный пенициллиновый флакончик с 2 мл фиксирующего 2,5% раствора глютарового альдегида на фосфатном буфере (рН-7,4). Нативную неокрашенную кровь исследовали с помощью микроскопов Биолам-И и Люам-И2 при соответствующем увеличении.

**Результаты.** В современной методологии мультипараметрической диагностики тяжелого сепсиса технологиям лабораторного анализа отводится

значительная роль, и с их использованием связано увеличение эффективности диагностики.

Проведенный анализ выявил, что у больных билиарным сепсисом форма эритроцитов в составе периферической крови преобладает содержание патологических трансформаций с увеличением эхиноцитов, стоматоцитов и множества необратимых форм эритроцитов.

Отмечено, что в зависимости от тяжести клинического статуса пациентов с билиарным сепсисом среди патологических форм эритроцитов преобладают грубые трансформации клеток. В динамике с ухудшением тяжести течения и клинического статуса наблюдается тенденция к сфероцитозу на фоне уменьшения объема клеток, что свидетельствует об уменьшении площади клеточной поверхности и значительном снижении ригидности мембраны.

Эхиноцитарные трансформации имеют большое количество игольчатых выростов мембраны, клетки сферические мелкие, содержание стоматоцитарно трансформированных эритроцитов — клеток имеющих чаши или купола. Содержание нормальных форм эритроцитов — дискоцитов — клеток имеющих вид двояковогнутого диска остается минималь-

ным на всем протяжении гипертермии. Наличие большого количества необратимо измененных с большой долей лизированных эритроцитов свидетельствует о снижении функций ретикулоэндотелиальной системы, уменьшении функциональных возможностей эритроцитов в процессах оксигенации, является косвенным подтверждением значительно нарушения микроциркуляции.

**Выводы.** У больных билиарным сепсисом соотношение нормальных и патологических форм эритроцитов значительно изменено в сторону увеличения числа последних. В зависимости от тяжести течения билиарного сепсиса формы эритроцитов значительно изменяются. Состояние форм эритроцитов может быть критерием оценки эффективности проводимой терапии при билиарном сепсисе.

## ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И ПЕРИТОНИТЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Измайлов С.Г., Буткевич А.Ц., Рябков М.Г., Богданов С.Н., Бровкин А.Е.

МУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск, Россия,

Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно, Россия

Интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) — достоверный неблагоприятный прогностический признак течения заболевания у больных с перитонитом, панкреонекрозом (Савельев В.С. и соавт., 2006; Забелин М.В., 2010), развивающийся в 30–70% наблюдений и являющийся одной из главных причин развития синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) в данной категории больных [Зубрицкий В.Ф. с соавт., 2007; Malbrain M.L. с соавт., 2004].

Несмотря на общее признание важности контроля и коррекции внутрибрюшного (ВБД) и внутрикишечного давления (ВКД), а также других биофизических параметров брюшной полости (БПБП) у больных с деструктивным панкреатитом, многие вопросы тактики, техники и патогенетического обоснования хирургического пособия остаются не решенными.

**Цель исследования.** Изучить ИАГ как фактор патогенеза панкреонекроза, разработать и обосновать новые способы диагностики и лечения больных с этой патологией, осложненной ИАГ.

**Материалы и методы.** В рамках клинического исследования в 2003 — 2011 гг. обследованы 152 пациента, оперированных по поводу панкреонекроза и перитонита (36 и 116 пациентов, соответственно).

Пациентов разделили на основную и контрольную группы. В контрольной группе применяли традиционное лечение — санация брюшной полости и парапанкреатической области, полузакрытое ведение лапаротомной раны с применением только вынужденных релапаротомий без коррекции ВБД. В основной группе при наличии показаний к плановым санациям проводили этапное лечение, полуоткрытое и открытое ведение лапаротомной раны с контролем и коррекцией БПБП (ВБД — 15 мм рт. ст., натяжение тканей — 30 Н) способом аппаратной управляемой лапаростомии (Измайлов С.Г., Рябков М.Г.

и соавт., 2006, 2009, 2010); при отсутствии показаний к плановым повторным операциям выполняли алгоритм хирургической декомпрессии брюшной полости, включающий назоинтестинальную интубацию с лаважом тонкой кишки препаратами ГЭК (при ВБД от 8 до 13 мм рт. ст.) и этапное декомпрессионное закрытие дефекта мышечно-апоневротического слоя при ушитой коже лапаротомной раны (при ВБД более 13 мм рт. ст.) (заявка на изобретение №2010117127/14 (024410) от 29.04.10.).

Для контроля давления использовали метод открытого катетера (Harrhill M., 1998) и разработанный комплекс регистрации БПБП (патент 2355329 Рос. Федерация. Способ лечения перитонита (С.Г. Измайлов, М.Г. Рябков и др.), состоящий из спидевого абдоминального раневого контрактора (СпАРК) со встроенной электронной системой контроля ВБД и силы натяжения тканей. Для контроля давления в забрюшинном пространстве у больных с панкреонекрозом применяли способ и устройство для парапанкреатических пункций и контроля давления в парапанкреатической области (заявка на изобретение №2010114770 от 22.09.2010 г.).

Эффективность лечения контролировали по количеству местных и генерализованных осложнений, уровню летальности.

**Результаты и выводы.** Результаты клинического применения комплексов контроля и коррекции ВБД и ВКД у обследованных пациентов позволили добиться статистически значимых результатов. Способ (АУЛ) с комплексом регистрации БПБП у пациентов с перитонитом и панкреонекрозом позволил по сравнению с полузакрытым методом лечения без контроля биофизических параметров брюшной полости уменьшить общее количество раневых и интраабдоминальных осложнений с 57,1 до 25,8% ( $p=0,011$ ), летальность — с 39,3 до 14,3% ( $p=0,024$ ) и частоту СПОН — с 50 до 20% ( $p=0,016$ ).

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Измайлов С.Г., Лукьянычев Е.Е., Ладыгин Е.В., Бровкин А.Е.

МУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск, Россия

Дуоденальные свищи встречаются у 5-16% больных с панкреонекрозом, свищи тонкой кишки — у 17%, свищи другой локализации — у 1,1-5,1% больных (Белоконев В.И., 2009). Важным фактором развития микроциркуляторных (МЦ) нарушений в стенке кишки является повышение внутрикишечного давления (ВКД) (Чадаев А.П., и соавт., 2006; Круглянский Ю.М., 2007; Измайлов С.Г., 2009).

**Цель экспериментального исследования:** определение уровня ВКД, вызывающего в условиях тонкокишечной гипертензии декомпенсацию МЦ-нарушений в стенке кишки.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на 36 беспородных собаках, которые распределены по группам в зависимости от уровня повышения ВКД: I группа (5 мм рт. ст., n=10), II группа (15 мм рт. ст., n=10), III группа (25 мм рт. ст., n=8), IV группа (35 мм рт. ст., n=8).

Тонкокишечную гипертензию моделировали наложением эластичных жомов на тонкую кишку, ограничивая участок длиной 50 см. ВКД контролировали через ПХВ-зонд (3 мм), установленный в просвет кишки. Микроциркуляцию в стенке кишки оценивали при помощи ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

**Результаты.** В I группе отмечено снижение М (перфузии) на 41,4% ( $p=0,005$ , критерий Вилкоксона). Рост АmaxД/М (вклада дыхательного компонента в перфузию) на 50,0% ( $p=0,005$ ) указывал на застой в веноулярном звене.

Во II группе: снизились М на 22,3% ( $p=0,007$ ) и  $\delta$  (модуляция перфузии) на 21,4% ( $p=0,032$ ). Повышался АmaxД/М на 140,9% ( $p=0,005$ ). Снижение МТ (миогенного тонуса) на 46,0% ( $p=0,005$ ) и НТ (нейрогенного тонуса) на 52,1% ( $p=0,005$ ), что расценено как релаксация прекапиллярных сфинктеров и стенок приносящих сосудов.

В III группе снижались М на 36,9% ( $p=0,005$ ),  $\delta$  на 35,3% ( $p=0,006$ ), ИЭМ на 38,4% ( $p=0,006$ ). Компенсаторное уменьшение МТ на 52,8% ( $p=0,005$ ), НТ на 37,0% ( $p=0,005$ ) свидетельствовало об усилении активных механизмов регуляции.

В IV группе выявлено ослабление активных механизмов регуляции МЦ — снижение МТ на 50,2% ( $p=0,005$ ), НТ на 38,9% ( $p=0,005$ ) и снижение ПШ на 20,4% ( $p=0,005$ ) и ИЭМ на 39,0% ( $p=0,005$ ). Повышение  $\delta$  на 65,1% ( $p=0,005$ ) связано с увеличением АmaxД/М на 230,7% ( $p=0,005$ ) и последующим развитием застоя в посткапиллярном звене.

**Выводы.** Основным патогенетическим звеном нарушения МЦ при внутрикишечной гипертензии является застой в веноулярном звене МЦ-русла.

ВКД 5 мм рт. ст. гипертензия в тонкой кишке сопровождается ухудшением спланхической перфузии без включения компенсаторных механизмов.

ВКД 15 мм рт. ст. в тонкой кишке вызывает декомпенсированные нарушения МЦ.

## НАШ ОПЫТ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ И ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Ильющонок В.В., Курьян Н.А., Шкурин С.В.

Белорусская медицинская академия постдипломного образования,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии,

Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** определить эффективность малоинвазивных вмешательств в лечении псевдокист (парапанкреатических скоплений жидкости), абсцессов брюшной полости, абсцессов печени.

**Материалы и методы.** В период с марта 2007 года по март 2011 года в Минской областной клинической больнице проведено 124 малоинвазивных вмешательства под УЗ-контролем. У 29 пациентов

диагностировали абсцессы печени, у 13 — послеоперационные межкишечные абсцессы, у 82 — постнекротические кисты поджелудочной железы. УЗ-исследования и вмешательства выполняли с помощью аппарата REF Mini Focus 1402 датской фирмы «В-К Medical»; дренирование выполняли с использованием дренажей типа «pig tail» 8-12 fr. фирмы «Balton» или УДПО Ившина. Санацию

очагов производили 3% раствором борной кислоты, 70% раствором этанола. При наличии некротических тканей в патологических полостях применяли 3% раствор перекиси водорода, раствор трипсина. При дренировании абсцессов печени для санации очагов использовали облучение полости абсцесса расфокусированным лазерным излучением через дренаж.

**Результаты.** У 26 (89,6%) пациентов с абсцессами печени наступило выздоровление. 1 пациент с абсцессом печени умер в связи с прогрессированием хронической почечной недостаточности на фоне доброкачественной гиперплазии поджелудочной железы: лапаротомия потребовалась 2 пациентам (в связи с неэффективностью дренирования ввиду наличия массивных секвестров — 1, в связи с самостоятельным извлечением пациенткой дренажа и подтеканием гноя в правое поддиафрагмальное пространство — 1). У 72 пациентов (87,8%) с постнекротическими кистами и 13 пациентов

с послеоперационными абсцессами достигнут положительный результат. 9 пациентам с постнекротическими кистами в последующем потребовалась лапаро-, либо лумботомия с некрсеквестрэктомией, 1 пациент был оперирован вследствие развития наружного толстокишечного свища.

Из осложнений следует отметить диапедезные кровотечения при дренировании абсцессов печени (n=5), которые были остановлены консервативно: гемостатической терапией и промыванием полостей 5% раствором аминокaproновой кислоты.

**Выводы.** Малоинвазивные вмешательства при лечении постнекротических кист, абсцессов печени, послеоперационных абсцессов являются малотравматичным и высокоэффективным методом лечения данной патологии, а в 87,8-100% случаев — окончательным. Относительными противопоказаниями для применения данной технологии у пациентов является наличие крупных секвестров, распространенность флегмон с затеками.

## ВОЗМОЖНОСТЬ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ

Ионкин Д.А., Икрамов Р.З., Андреев С.С., Жаворонкова О.И.

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

**Актуальность:** значительное увеличение числа больных с очаговыми образованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения пациентов с доброкачественными образованиями селезенки.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии радиочастотная абляция (РЧА) по поводу новообразований печени производится с 2002 г. Накопленный опыт применения РЧА на печени и резекций селезенки по поводу очаговых образований селезенки (ООС) позволил применить эту методику при удалении части селезенки.

РЧА при резекции селезенки традиционным доступом была применена у 2-х пациентов. В первом наблюдении у пациентки 27 лет была выявлена гемангиома, диаметром до 6 см, в области средней доли селезенки. Ранее больной была выполнена эмболизация сосудов, питающих образование. Была выполнена гемиспленэктомия (анатомическая резекция верхней и средней долей селезенки). В области ворот селезенки были выделены сосуды, идущие к верхнему полюсу и средней трети, пережаты, прошиты и пересечены. Сосуды, питающие нижнюю долю органа, были сохранены, для контроля были взяты на турникет. Нижний полюс

с целью сохранения кровоснабжения из бассейна желудочно-сальниковой артерии не выделялся. По появившейся линии демаркации под контролем руки, заведенной за селезенку, с помощью аппарата Cool-Tip Radionics (игла 2 см рабочая часть) было произведено радиочастотное воздействие. Время абляции при каждом погружении электрода составляло 20-40 сек. Следующее погружение электрода производили на 1,5 см выше предыдущего. Затем с помощью скальпеля и ножниц по зоне деструкции производили рассечение паренхимы. При этом кровотечения из паренхимы не отмечали.

Во втором наблюдении была выполнена резекция нижнего сегмента селезенки по поводу абсцесса в условиях выраженных инфильтративно-воспалительных изменений у больного ранее неоднократно оперированного по поводу рака толстой кишки с осложненным течением. Для полноценного контроля рукой при проведении РЧА была произведена мобилизация нижнего полюса селезенки до уровня ворот. Под контролем руки был произведено РЧА-воздействие на паренхиму селезенки в пределах здоровых тканей. Затем по зоне воздействия скальпелем была выполнена резекция нижнего полюса селезенки.

**Результаты.** Использование РЧА-методики для резекции селезенки обеспечивало надежный па-



ренхиматозный гемостаз, не потребовавший применения дополнительных средств. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контроле в отдаленные сроки послеоперационного периода патологических изменений в области резецированной селезенки выявлено не было.

**Заключение.** В обоих приведенных примерах диагноз доброкачественного очагового поражения селезенки был установлен на основании результатов комплексного дооперационного обследования. Были выявлены особенности кровоснабжения селезенки. Поэтому планировавшиеся органосберегающие вмешательства на селезенке были обоснованными. Удаление селезенки у молодой женщины (в настоящее время вынашивает второго ребенка) и у пациента с онкологическим заболеванием с уже имевшимся на момент операции гнойным процес-

сом могло значительно ухудшить состояние пациентов в дальнейшем.

В приведенных примерах имели место изменения в области селезенки за счет ранее проведенной эмболизации и вследствие гнойного процесса. Использование РЧА позволило выполнить органосберегающие вмешательства практически бескровно.

Для проведения абляции на селезенке при помощи любого соответствующего прибора требуется не только знание конкретных особенностей внутри- и внеорганного кровотока, но и предварительную мобилизацию удаляемой части селезенки. Предпочтительно заранее обеспечить контроль за магистральными сосудами селезенки с целью профилактики возможной кровопотери. Использование контрольных силиконовых дренажей при выполнении вмешательства на селезенке считаем обязательным.

## ЧТО ОБЩЕГО У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ТУННЕЛИРОВАНИЯ

Ишенин Ю.М., Рамазанов М.М., Мугатаров И.Н., Цхай В.А.

ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» МЗ и СР ЧР, Чебоксары, Россия,

ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия,

МУП «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница», Нижнекамск, Россия

ГККП «КОБ», Казахстан

Продление сроков жизни и улучшение ее качества — главная задача в хирургии цирроза печени.

**Цель исследования:** изучить общие клинические характеристики у больных с циррозом печени через 5 лет после операции туннелирования.

**Материалы и методы.** Обследованию подвергнуты 15 пациентов в возрасте от 46 до 56 лет, среди которых было 13 мужчин и 2 женщины с циррозом печени смешанной этиологии II-IV стадии по Чайдлу-Пью-Ишенину. Технология туннелирования заключалась в создании трех туннелей. Диагностический алгоритм стандартный.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования установили, что в течение первого года жизни у всех пациентов отмечено снижение тяжести заболевания на 1-2 класса. Купирован геморрагический синдром. В дальнейшем по клинической и социальной значимости выстроились следующие показатели:

1. рецидив лабильного отека синдрома у 30-40%;

2. рецидив геморрагического гастродуоденального синдрома у 25%;

3. стабилизация биохимических критериев: общего билирубина, ПТИ, креатинина на нормальных цифрах;

4. низкий градиент печеночной энцефалопатии в пределах 0-1 ст.;

5. от прогрессирования печеночной недостаточности за этот период погибли 2 (13%) пациента;

6. повторные операции туннелирования печени были выполнены 2 пациентам;

7. операцию трансплантации печени не выполнили ни одному из пациентов;

8. 10 человек значительно расширили уровень своего социального комфорта.

**Заключение.** Туннелирование печени позволяет пролонгировать сроки жизни и улучшать ее качество у 87% больных. Причем, трансплантационные методы лечения могут подключиться в любой период заболевания.

## ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Каракурсаков Н.Э., Костырной А.В., Шестопапов Д.В.

Кафедра общей хирургии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина

**Цель исследования:** оптимизировать хирургические подходы в лечении инфицированного панкреонекроза.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 56 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, мужчин — 36 (64,3%) и женщин — 20 (35,7%). Диагноз верифицировали по результатам ультразвукового исследования, лапароскопии, компьютерной томографии, интраоперационной ревизии, лабораторным критериям (кровь, мочь, перитонеальный экссудат).

**Результаты.** Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству (первые сутки с момента госпитализации) после проведенной интенсивной терапии служили: а) распространенный гнойный перитонит; б) сочетание панкреонекроза с деструктивным холециститом; в) невозможность исключить экстренную абдоминальную патологию, которая требует оперативного пособия. Показаниями к операции в отдаленные сроки (18-21 сутки и более с момента заболевания) служило развитие гнойно-некротических осложнений (абсцессы локализованные в сальниковой сумке или в экстрапанкреатической зоне; флегмона брюшинного пространства и др.).

**Целью оперативного вмешательства при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита явилось:** а) нахождение всех имеющихся гнойно-некротических очагов; б) максимально щадящая некрсеквестрэктомия; в) установка адекватной дренажной системы в гнойно-некротическом очаге; г) профилактика вторичного инфицирования очагов некроза. В своей практической работе мы отказались от марлевых тампонов, которые уже через 6 часов превращаются в «пробку-затычку» и от установки дренажей пассивного характера, которые забиваются некротическими тканями и фибриновыми наложениями.

С целью устранения негативных последствий пассивного дренирования применяли дренажи собственной конструкции, которые представляют собой полиуретаново-трубчатую систему с одновременной установкой в очаге воспаления системы орошения и постоянного вакуумирования, кроме этого, полиуретановая основа дренажа обильно пропитывается водорастворимыми мазевыми композициями (нитацид, диоксизоль), а трубчатая система эвакуации оснащена устройством, обеспечивающим своевременное очищение просвета дренажей от секвестрирующих тканей. Данная методика применена у 16 (28,5%) больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. В этой группе послеоперационная летальность составила 3 (18,8%) пациента.

**Заключение.** Адекватное дренирование гнойно-некротических очагов инфицированного панкреонекроза на фоне интенсивной современной терапии позволяет снизить послеоперационную летальность.

## ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДЕКОМПРЕССИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Карсанова З.О., Кокаев И.П.

ГОУВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия,

ГУЗ Республиканская клиническая больница,

ООО «Здоровье», Владикавказ, РСО-Алания, Россия

Из хирургических заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны наиболее тяжелыми по праву можно считать те, которые сопровождаются развитием механической желтухи. С внедрением малоинвазивных операций результаты лечения этой группы больных стали заметно лучше, но спорным остается вопрос очередности их применения.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения пациентов с механической желтухой, посредством этапного применения декомпрессионных вмешательств.

**Материалы и методы.** Был проанализирован опыт лечения 92 больных с холестазом доброкачественного (преимущественно за счет конкрементов) генеза, находящихся на лечении в хирургическом

стационаре РКБ г. Владикавказа, за период с 2007 по 2010 гг. Мужчин было 38, женщин — 54, в возрасте от 48 до 73 лет. Уровень билирубина составил — медиана 125 ммоль/л (интерквартильный размах от 98 до 163 ммоль/л). Длительность желтухи колебалась в пределах от 5 до 19 суток. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от тяжести желтухи согласно классификации В.Д. Федорова и соавт. 2000: больных с легкой степенью желтухи было 16 (17,39%), средней — 49 (53,26%), тяжелой — 27 (29,35%).

Первым этапом при наличии расширенных желчных протоков выполняли наружное их дренирование под УЗИ-контролем. После стабилизации состояния, по результатам антеградной холангиографии решался вопрос о способе санации холедоха и холецистэктомии.

При конкрементах размером менее 1 см и нормальной работе сфинктерного аппарата выполняли их антеградную экстракцию (n=19). При конкрементах размером до 2 см и/или при наличии патологии большого дуоденального сосочка (БДС) производили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), литоэкстракцию (n=64). При конкрементах размером более 2 см, протяженной стриктуре холедоха отдавали предпочтение традиционной холецистэктомии (n=9).

**Результаты.** Использование наружного дренирования желчных протоков у больных с механической желтухой на первом этапе позволяет осуществить декомпрессию без предварительной холангиографии (что особенно значимо для пациентов с холангитом), контролировать количество выделяемой желчи и проводить профилактику синдрома быстрой декомпрессии, санировать протоки растворами антисептиков, оценить внутрипротоковую ситуацию (холангиография) после разрешения желтухи и выбрать дальнейшую тактику.

У пациентов с легкой степенью желтухи показатели эндогенной интоксикации нормализовались на 1-2 сутки ( $1,45 \pm 0,13$ ), со средней степенью — на 4-5 сутки ( $4,8 \pm 0,10$ ), тяжелой — на 6-7 сутки ( $6,04 \pm 0,20$ ); показатели билирубин при легкой степени желтухи — на 3-4 сутки ( $3,59 \pm 0,21$ ), при средней — на 7-8 ( $7,03 \pm 0,22$ ), при тяжелой — на 10-11 ( $10,08 \pm 0,23$ ). Таким образом, второй этап вмешательства на протоках выполняли по стабилизации состояния больных, что позволило снизить количество осложнений до 5,4% (n=5). Во всех случаях это гемобилия, купированная консервативно. Летальность составила 0%.

**Выводы.** Применение предложенного алгоритма позволяет снизить количество осложнений до 5,4% и избежать летальности.

## ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ

Ким В.Ю.

МУЗ «Городская поликлиника №5», Петрозаводск, Россия

**Цель исследования:** ознакомление с редкой патологией. Еще в своей монографии «Первичный рак печени» Гранов А.Л. и Петровичев Н.Н. (1977) отмечают, что процент курабельности при данной патологии с пятилетним и более длительным сроком выживания остается предельно низким. При этом решающее значение в успехе лечения имеет ранняя диагностика, и в первую очередь — хорошая осведомленность широкого круга врачей. Мы хотим поделиться результатами успешного лечения больной первичным раком печени в общехирургическом отделении.

**Материалы и методы.** Больная Л., 59 лет, осмотрена на дому в связи с жалобами на увеличение живота за счет опухолевидного образования в брюшной полости, которое заметила около двух месяцев назад. При этом общее самочувствие не изменилось, сохранен аппетит. При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые — нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. При осмотре стоя и лежа отмечено некоторое

выпячивание передней брюшной стенки в правом подреберье, эпигастриальной области. Пальпаторно выявили увеличенную печень плотной консистенции, выступающую из-под реберной дуги на 3 сантиметра, преимущественно за счет левой доли, край которой тупой. Печень безболезненна, ограниченно смещается. При рентгеноскопии желудка выявлен дефект наполнения в антральном отделе.

Больная оперирована с диагнозом рака антрального отдела желудка с пенетрацией в левую долю печени. На операции выявлена увеличенная печень, в основном за счет левой доли, в структуре которой обнаружено плотной консистенции опухолевидное образование овальной формы, желтовато-белесоватого цвета, выступающее из толщи левой печени на диафрагмальную поверхность. Какой-либо другой патологии не выявили. Прорастания опухоли в окружающую ткань нет. Лимфоузлы не увеличены. В желудке патологии не выявлено.

Произвели левостороннюю гемигепатэктомию — поперечную резекцию левой доли (С2,

СЗ) с гемостатическими швами и перитонизацией большим сальником.

**Результаты.** Операция и послеоперационное течение без осложнений. Гистологическое исследование — гепатома. Выписана в удовлетворительном состоянии через две недели после операции. В последующем больная уехала на постоянное ме-

сто жительства в другую страну и приезжала через шесть лет в 65-летнем возрасте. При осмотре жалоб нет.

**Заключение.** Редкая патология с доброкачественным течением от начала заболевания и хорошим результатом операции в общехирургическом отделении.

## БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И СТЕНТИРОВАНИЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А., Шумилов В.Г., Павловский В.Ф.**

*Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия*

**Цель исследования.** Оценить эффективность методов билиарной декомпрессии при доброкачественном и опухолевом поражении желчевыводящих протоков (ЖВП).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ лечения 407 пациентов с синдромом билиарной гипертензии за 10 лет. Применяли следующие виды декомпрессии: холецистостомию выполнили 82 (20%) пациентам (пункционно под УЗ-контролем — 64 и по традиционной методике — 18); холангиостому под УЗ- и рентгеноконтролем сформировали у 213 (53%) пациентов; эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ) + назобилиарное дренирование выполнили в 112 (27%) случаях; ретроградное стентирование — 16 пациентам, антеградное — 25 пациентам.

**Результаты.** Эффективность дренирования при холецистостомии достигнута у 66 (80%) пациентов; при холангиостомии — у 187 (88%); при ЭПСТ и назобилиарном дренировании — у 72 (64%). Средняя продолжительность дренирования у пациентов после холецистостомии составила 19 дней, после холангиостомии — 8 дней и после ЭПСТ — 10 дней. Необходимость повторных дренирующих вмешательств при неэффективности дренирования возникла после формирования холецистостомы у 14 (17%) пациентов; после холангиостомии — у 21 (9,8%); после эндоскопического дренирования — у 34 (30%). Количество осложнений при формировании холецистостомы — 3 (3,6%); холангиостомы — 4 (1,9%), при эндоскопическом дренировании — 5 (4,5%). Все осложнения при холецистостомии и холангиостомии заключались в подтекании желчи и крови из пункционного канала печени или желчного пузыря, у 3 пациентов выполнили срочные оперативные вмешательства, в 1 случае с летальным исходом.

Осложнения при ЭПСТ заключались в перфорации двенадцатиперстной кишки при проведении процедуры — в 1 случае, кровотечении из области большого дуоденального сосочка — в 1, остром деструктивном панкреатите — в 2, мезентериальном тромбозе — в 1. У 2 пациентов осложнения оказались фатальными. Ретроградное стентирование пластиковыми стентами при опухолевом поражении гепатикохоледоха и головки поджелудочной железы провели всем пациентам по двухэтапной методике, после ЭПСТ и назобилиарного дренирования, оказалось эффективным у 10 пациентов, осложнения возникли в 3 случаях (гемобилия — 2, острый панкреатит — 1). Антеградное стентирование нитиновыми стентами по двухэтапной методике после чрескожной чреспеченочной холангиостомии оказалось эффективным у 22 пациентов, осложнения возникли в 2 случаях (гемобилия с развитием билиарного сепсиса, прогрессированием печеночной недостаточности с летальным исходом — 1, острый панкреатит — 1).

**Выводы.** 1. Холангиостомия более адекватно и быстро разгружает билиарный тракт, что значительно сокращает сроки до второго этапа лечения. Количество осложнений при формировании холангиостомы меньше, чем при других методиках. Кроме этого, холангиостома позволяет выполнить стентирование протоков в случае нерезектабельности опухоли. 2. Холецистостомия выполняет свои функции только при дистальном блоке ЖВП, значительно медленнее разгружает ЖВП, исключает возможность стентирования желчных протоков, как второго этапа лечения. 3. Эндоскопические ретроградные вмешательства на желчевыводящих протоках при злокачественном поражении часто бывают неэффективными, провоцирует развитие холангита, значительно затягивают сроки лечения.



## ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ, НАДПОЧЕЧНИКОВ И СЕЛЕЗЕНКИ

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

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения и оценить возможность применения видеолaparоскопических и роботизированных технологий при очаговых образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2010 гг. видеолaparоскопические вмешательства выполнены 36 пациентам: с простыми кистами и поликистозом печени — 16, с эхинококковыми кистами печени — 7, с кистозными опухолями надпочечников — 12, с кистозной опухолью селезенки — 1. В диагностике использовали ультразвуковое исследование, включая интраоперационное, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию с режимом магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, иммунологические тесты. Оперированы 24 женщины и 13 мужчин в возрасте от 22 до 58 лет. У пациентов с простыми кистами одиночную кисту выявили в 6 случаях, множественные кисты печени — в 10. Этим пациентам при локализации в задних сегментах (VII-VIII, IVA) выполняли фенестрацию (у 5 пациентов) с применением роботизированного комплекса Da-Vinci-S. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения и цистобилиарного сообщения у 2 больных. Выполнены: неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской одиночной неосложненной кисте — в 1 случае; эхинококкэктомия при одиночных кистах III, V, VI и VII сегментов — в 4 случаях; робот-ассистированная эхинококкэктомия нагноившейся кисты VIII сегмента (1) и перидистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени (1). Во всех случаях после эхинококкэктомии и перидистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени-гемостатическую пластину Тахокомб. Антипаразитарную обработку полости кисты после эвакуации жидкостного содержимого проводили 20% гипертоническим раствором хлорида натрия с экспозицией 5 минут. Кистозные опухоли надпочечников во всех случа-

ях имели одностороннюю локализацию. Резекцию кистозной опухоли выполнили 3 пациентам при левосторонней локализации, адреналэктомия — во всех остальных случаях. Экспресс гистологическое исследование проводили интраоперационно в обязательном порядке, у 1 пациента выявили адреналокортикальный рак. Спленэктомия выполнена у пациентки 26 лет с доброкачественной кистозной опухолью селезенки.

**Результаты.** Осложнения имели место у 2 (5,5%) пациентов: формирование биломы с желчеистечением в брюшную полость после неанатомической лапароскопической резекции правой доли печени (устранено на релaparоскопии клипированием билиарного протока на фиброзной капсуле, желчный свищ закрылся самостоятельно на 23-е сутки); остаточная гнойная полость после эхинококкэктомии нагноившейся кисты VII сегмента печени (потребовала пункционно-дренажных методов лечения под УЗИ-контролем). Конверсий, осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было.

**Заключение.** 1. Методы хирургического лечения больных с очаговыми образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения кист, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики. 2. Видеолaparоскопические вмешательства возможны у пациентов с одиночными неосложненными кистами печени при планируемой эхинококкэктомии с тщательным соблюдением правил антипаразитарной обработки. 3. Применение современных методов гемо- и билиостаза позволяют снизить количество послеоперационных осложнений. 4. Использование роботизированного комплекса оправдано при «трудных» локализациях очаговых образований, с учетом большего количества «степеней свободы» рабочего инструмента при работе в ограниченном пространстве.

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Климашевич А.В., Никольский В.И., Розен В.В., Илясов И.Б.

Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза, Россия

**Цель исследования:** определить оптимальные сроки и методы билиарной декомпрессии у пациентов с синдромом механической желтухи.

**Материалы и методы.** В областной клинической больнице г. Пензы за период с 2008 по 2010 гг. пролечено 235 пациентов с синдромом механической желтухи. При поступлении больных разделили на две группы: первая (149 больных) — пациенты предположительно с осложнением желчнокаменной болезни; вторая (86 больных) — больные со стриктурами дистального отдела холедоха. Данное разделение имело условный характер и определяло тактику дальнейшего лечения. Разделение на группы проводили, используя минимальное обследование — на основании жалоб, анамнеза, объективного статуса, данных биохимического обследования и УЗИ. Условное различие групп позволяло определить временные рамки использования малоинвазивных вмешательств.

**Результаты.** Пациентам первой группы (149) после предоперационной подготовки в течение 3–5 суток старались выполнить двухэтапное хирургическое вмешательство — эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ) и по показаниям эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ). Вторым этапом, спустя 5 — 7 суток, по показаниям выполняли холецистэктомию одним из малоинвазивных способов. В случае противопоказания к РХПГ, в те же сроки выполняли традиционное хирургическое вмешательство — билиодигестивный анастомоз.

Больные второй группы (86), не имели возможности длительной предоперационной подготовки из-за выраженных явлений интоксикации, более высоких показателей гипербилирубинемии, в связи с чем выполняли раннюю декомпрессию желчных протоков — чрезкожное чрезпеченочное дренирование в течение 24 часов с момента поступления в стационар. Манипуляцию выполняли под обязательным УЗ-контролем и рентгеноскопией (С — дуга). Считаем сочетание двух методов обязательной составляющей данной манипу-

ляции. С помощью УЗ-датчика целенаправленно визуализировали правый или левый печеночный проток и с использованием биопсийного адаптера выполняли его пункцию. Оптимальным доступом к освоению желчного дерева считали восьмое межреберье по средней подмышечной линии. После контрастирования желчных протоков в обязательном порядке выполняли попытку пройти место препятствия и визуализировать стриктуру. При проникновении в двенадцатиперстную кишку первым этапом устанавливали наружно-внутренний дренаж (6 человек).

Хочется отметить, что по мере освоения методики, частота первичного наружно-внутреннего дренирования стала превалировать над наружным дренированием. В случае невозможности пройти за место стриктуры устанавливали наружный дренаж типа **pig tail максимально близко к блоку (23 пациента)**. После выполненной декомпрессии проводили обследование пациента и определение дальнейшей тактики лечения. При невозможности выполнения радикальной операции использовали малоинвазивные способы лечения стриктур желчных протоков — стентирование стриктур желчных протоков нитиноловыми саморасправляющимися стентами (6 человек). Срок наблюдения за данными пациентами составляет более 2 лет. Осложнений и побочных эффектов не наблюдали. В случае отказа от малоинвазивных технологий, больным выполняли классическое хирургическое вмешательство. Предпочтение отдавали максимально высокой гепатикоеюностомии на Ру петле.

**Заключение.** При стриктуре дистального отдела холедоха, считаем первостепенной задачей создать декомпрессию желчных протоков малоинвазивными способами в максимально сжатые сроки (24 часа); после дообследования пациента принимаем решение о возможном радикальном хирургическом лечении. В случае невозможной радикальной операции предпочтение отдаем малоинвазивным способам лечения (стентирование, наружно-внутреннее дренирование).

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ИМЕЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ И НОВЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Клименко В.Н., Клименко А.В., Стешенко А.А.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

**Цель исследования.** Обоснование и внедрение паренхимосохраняющих операций в хирургии хронического панкреатита (ХП), как альтернативы распространенным резекционным вмешательствам (операции Бегера, Фрея, пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция), необратимо усугубляющим основные функции (экзокринная, эндокринная) поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 72 больных ХП в отдаленном периоде (до 5 лет) с определением качества жизни. Мужчин было 64 (88,9%), женщин — 8 (11,1%), средний возраст составил 46 лет. Алкогольный генез ХП был у 69 (95,8%) больных, билиарный — у 2 (2,8%), невыясненный — у 1 (1,4%). Оперативные вмешательства выполняли по поводу различных форм ХП (по классификации А.А. Шалимова: калькулезный, фиброзно-кистозный, псевдотуморозный) с выраженной панкреатической, а у 18 (25,1%) пациентов и билиарной протоковой гипертензией. Диаметр вирсунгова протока был в пределах от 5 до 12 мм. Экзокринную недостаточность до операции наблюдали у 32 (44,4%) больных, эндокринную — у 15 (30,8%).

У 32 (44,4%) пациентов основной группы выполняли операцию нового типа, полностью сохраняющая паренхиму ПЖ: продольную тотальную панкреатовирсунгодуденопапилотомию с продольной панкреатоеюнодуденостомией по Ру. У 40 (55,6%) больных контрольной группы производили стандартные резекционные вмешательства

(операция Бегера — у 9, Фрея — у 24, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 7). Применяли УЗИ, КТ, видеогастродуоденоскопию; определяли эндогенный инсулин, С-пептид, гликемический профиль, панкреатическую эластазу — 1 в кале; качество жизни оценивали на основе международного опросника MOS SF-36.

**Результаты.** В отдаленном периоде у всех больных основной группы (n=32) прекратились абдоминальная боль и диспепсические явления, нормализовались размеры ПЖ. В контрольной группе (n=40) болевой синдром прекратился только у 29 (72,5%) пациентов, уменьшился — у 7 (17,5%), рецидивировал (через 2 года) — у 5 (12,5%) (операции Фрея — 4, Бегера — 1). В основной группе количество больных с экзо-, эндокринной недостаточностью, имевшейся до операции, уменьшилось на 38%, не было прироста новых случаев. В контрольной группе, вследствие резекционного характера операций, прирост новых случаев экзо-, эндокринной недостаточности по отношению к имевшимся до операции составил 36%. Показатели качества жизни в отдаленном периоде у больных основной группы по всем шкалам опросника MOS SF-36 были достоверно лучше по сравнению с контрольной.

**Заключение.** Паренхимосохраняющий тип предложенной операции у больных ХП — новое направление в хирургической панкреатологии, которое по функциональным результатам намного превосходит исходы резекционных вмешательств (операции Бегера, Фрея, пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция).

## ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОНКОЛОГИИ

Ковалев А.В., Эдзитовецкий Д.Э., Соколов В.Н., Белобородов А.А.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»,

МУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича», Красноярск, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности чрескожного дренирования желчных путей у больных механической желтухой опухолевого генеза.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 197 человек с механической желтухой, из них 48 пациентов со злокачественными опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны: женщин — 23, мужчин — 25. Возраст больных находился в диапазоне от 39 до 84 лет.

Средняя длительность желтухи составила 32,2 дня, уровень билирубина крови колебался в пределах от 190 до 560 мкмоль/л. В 18 случаях механическая желтуха сопровождалась гнойным холангитом. У всех больных пожилого и старческого возраста имелся ряд тяжелых сопутствующих заболеваний.

Вмешательства выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы — у 38 пациентов, рака фатерова соска — у 4, рака желчных прото-

ков — у 2, рака желчного пузыря — у 1, метастазов рака желудка в ворота печени — у 2, метастазов колоректального рака в печень — у 1 пациента.

Учитывая тяжесть состояния пациентов и длительный период желтухи, выполняли наружное дренирование желчных путей в течение первых суток с момента поступления больного в стационар. Данную методику выполняли на ангиографической установке фирмы SIMENS AXIOM ARTIS с использованием дренажных наборов фирмы COOK.

Всем больным первичным этапом произвели эндоскопическую попытку разрешения механической желтухи, при неэффективности которой использовали интервенционные вмешательства. Во всех случаях выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию через правый боковой доступ. При полной окклюзии желчных протоков, невозможности проведения проводника ниже места обструкции, выполняли наружное дренирование (устанавливали дренаж над областью опухолевого блока). В случае проведения ангиографического проводника дистальнее зоны опухолевого стеноза, выполняли одномоментное наружно-внутреннее дренирование (проксимальный участок дренажа с отверстиями находится над уровнем окклюзии, дистальный — в просвете двенадцатиперстной кишки).

**Результаты.** При успешном дренировании внутрипеченочных протоков уровень билирубина снижался уже к 5-м суткам и на 12-14 сутки приходил к нормальным цифрам. По результатам нормализации уровня билирубина и состояния пациента принимали решение о радикальном или паллиативном вмешательстве.

В послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: гемобилия — у 4 пациентов (в 3 случаях купирована консервативно); 1 больная была оперирована и умерла от ДВС-синдрома после экстренной операции.

**Выводы.** Чрескожные эндобилиарные вмешательства способствует ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, характеризуются низким числом осложнений и летальности и могут использоваться как подготовительный этап перед предстоящими операциями.

Недостатки данного метода: ухудшение качества жизни с установлением дренажа, требуется уход за дренажем, длительное стояние дренажа может привести к нижнедолевой правосторонней пневмонии, реактивному плевриту, риску возникновения контактной гемобилии, возникновению холангита.

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Чжао А.В.

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

В последние десятилетия пристальное внимание уделяется поиску ключевых факторов, определяющих выживаемость пациентов после резекции печени.

**Цель исследования:** изучить прогностические факторы, достоверно влияющие на выживаемость пациентов с метастатическим колоректальным раком печени.

**Материалы и методы.** Проанализированы отдаленные результаты резекций печени у 77 пациентов с метастазами колоректального рака в печень. Среди больных мужчин было 35 (45%), женщин — 42 (55%), в возрасте от 36 до 78 лет (средний возраст —  $57,5 \pm 9,7$  лет). Изучены наиболее значимые факторы риска: максимальный размер и количество метастазов, их локализация, синхронность с первичной опухолью, степень дифференцировки, поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки, микрососудистая инвазия, край резекции, экспрессия СК 20,  $\beta$ -cat, Ki 67, Muc 2 и 5 A. Максимальный размер опухоли 5 см и менее был у 34 (44%) пациентов, более 5 см — у 43

(56%) В зависимости от количества метастазов: 4 и менее — у 46 (60%) больных, более 4 — 31 (40%). Для определения распространенности опухолевого процесса использовали классификацию mTNM: I стадия — 1 (1%), II — 17 (22%), III — 16 (21%), IVA — 32 (42%), VIB — 11 (14%) пациентов. По способу резекции преимущественно выполняли анатомические резекции печени — 49 (64%), неанатомические резекции — 11 (14%), сочетание анатомической с неанатомической резекцией — 17 (22%). В зависимости от объема резекции: большие — 52 (68%), малые — 25 (32%). Экспрессия СК 20,  $\beta$ -cat, Ki 67, Muc 2 и 5A была определена нами у 20 человек с помощью иммуногистохимического исследования.

**Результаты.** Зависимость выживаемости от прогностических факторов определяли с помощью моно- и полифакторного анализа регрессионной модели пропорционального риска Кокса. При монофакторном анализе ни один из клинико-патологических факторов не имел статистически достовер-



ной связи с выживаемостью. При полифакторном анализе наиболее важными факторами исхода заболевания были степень дифференцировки и стадия заболевания. Причем степень дифференцировки имела статистически достоверную связь с безрецидивной продолжительностью жизни ( $p < 0,05$ ). Между экспрессией СК 20,  $\beta$ -cat, Ki 67 и рецидивом опухоли была установлена высокая степень корреляции. В связи с небольшим количеством исследований оценить прогностическую значимость Мис 2 и 5А не удалось. Анализ прогноза заболевания по молекулярным факторам показал, что независимо от объема резекции при выраженной опухолевой прогрессии исход был неблагоприятным.

Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость после резекции печени составила 31% и 14% соответственно. В зависимости от степени радикаль-

ности операции 5-летняя выживаемость при резекциях R0 составила 30%, при R1 и R2 — 75% в течение 40 месяцев 4-летняя выживаемость у пациентов с низкой степенью дифференцировки составила менее 20%, при высокой или умеренной степени дифференцировки 5-летняя выживаемость достигла почти 30%.

**Заключение.** Клинико-патологические факторы являются важными при выполнении резекции печени, однако не определяют прогноз заболевания, за исключением степени дифференцировки метастаза. Молекулярные маркеры СК 20,  $\beta$ -cat и Ki 67 являются значимыми прогностическими факторами и могут быть использованы в качестве предикторов исхода заболевания. Для прогнозирования отдаленных результатов необходим комплексный подход к оценке факторов риска.

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Козлов С.В., Агапитов Ю.Н., Хорев А.Н., Благоев Д.А., Плюта А.В.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

**Цель исследования:** анализ осложнений и летальности после хирургических вмешательств, выполненных по срочным показаниям, у больных острым холециститом с высоким операционным риском.

**Материалы и методы.** В клинике факультетской хирургии ЯГМА по срочным показаниям оперировано 628 пациентов. Выделено 4 группы пациентов: I группа — 221 пациенту выполнили одномоментную тонкоигольную (ОТП) пункцию желчного пузыря под УЗ-контролем. ОТП выполняли при обтурационном холецистите, подтвержденном при УЗИ. Показания к ОТП выставляли через 10–18 часов лечения больного в стационаре при отсутствии эффекта от консервативной терапии. Желчный пузырь пунктировали в точке его наилучшей визуализации при УЗИ. II группа — 171 больному наложили транскутанную микрохолецистостому (ТМХС) под УЗ-контролем, в том числе 34 — после ОТП. III группа — 168 больным выполнили малоинвазивные холецистэктомии — лапароскопические или из мини доступа. IV группа — 102 больным выполнили холецистэктомию через лапаротомию в правом подреберье.

**Результаты.** В I группе воспаление купировано у 180 (81,4%) больных. Из них ОТП выполняли дважды — у 26, трижды — у 14 больных. После манипуляции отмечено 3 (1,4%) осложнения — кровотечение в желчный пузырь и подтекание желчи из желчного пузыря в свободную брюшную полость. Во всех случаях выполнили

холецистэктомию. Умерла 1 (0,5%) больная. 34 (15,4%) больным при неэффективности ОТП накладывали ТМХС.

В II группе воспаление купировано у 162 (94,7%) больных. Осложнения отмечены у 5 (2,9%). У 3 (1,8%) пациентов в послеоперационном периоде развился желчный перитонит, у 1 (0,6%) больного купировать воспаление не удалось. Всем им выполнены лапаротомии, холецистэктомии. У 1 (0,6%) пациента — кровотечение в желчный пузырь остановлено консервативно. Умерло 8 (4,67%) больных.

Во III группе технические трудности из-за выраженного инфильтративно-спаечного процесса в подпеченочном пространстве отметили у 118 (70,2%) больных. Краевое повреждение общего желчного протока имело место у 4 (2,4%) больных, массивное кровотечение из пузырной артерии — у 3 (1,8%), конверсия на лапаротомию — у 9 (5,4%) больных. Релапаротомий вследствие развития в послеоперационном периоде желчного перитонита было 6 (3,6%). Умер 1 (0,6%) больной. Низкая летальность в группе обусловлена тщательным отбором больных для операции.

В IV группе технические трудности из-за плотного инфильтрата в подпеченочном пространстве при операции возникли у 78 (76,4%) больных, у 2 (1,96%) из них отмечено повреждение общего желчного протока, у 1 (0,98%) больного сочетанное повреждение холедоха и воротной вены. Умерло 13

(12,7%) пациентов. Операции выполняли в основном до внедрения малоинвазивных методов лечения.

**Заключение.** Использование этапного подхода позволяет подготовить больных острым холецисти-

том с высокой степенью операционного риска ко второму этапу — малоинвазивной холецистэктомии — в оптимальных условиях, снизить количество осложнений и послеоперационную летальность.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Коссе Д.М.**

*Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина*

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза (ХДЛ) путем применения нового способа лечения.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением за последние 8 лет находилось 107 больных холедохолитиазом, в анамнезе у которых была холецистэктомия (ХЭ). Среди них было 70 женщин и 37 мужчин, средний возраст составил  $56,4 \pm 1,3$  лет. 102 пациентов оперировали первично в других больницах. Желтуху выявили у 93 (87,3%) больных, холангит — у 61 (57,2%), панкреатит — у 12 (11,4%) больных. У 78 (73,2%) пациентов выявили различные сопутствующие заболевания. Единичные конкременты обнаружены у 77 (72,3%) больных, множественные — у 30 (27,7%). Применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), фистулохолангиография, фиброхоледохоскопия (ФХС).

**Результаты.** Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) произвели 105 больным (у 2 человек не удалось катетеризовать большой дуоденальный сосочек, который располагался в дивертикуле). Механическая литоэкстракция (МЛЭ) оказалась успешной в 101 (96,1%) наблюдении. У 4 больных выполнили механическую литотрипсию с удалением фрагментов конкрементов корзиной Дормиа. У больных с желтухой и холангитом ЭПСТ завершали назобилиарным дренированием с применением разработанного нами «Способа лечения острого обтурационного холангита» (патент №30307 от 25.02.2008 г.).

После ЭПСТ и МЛЭ различные осложнения возникли у 9 (8,6%) пациентов. Умер 1 (0,9%) больной от панкреонекроза.

**Заключение.** С помощью ЭПСТ и МЛЭ удалось устранить резидуальный и рецидивный ХДЛ у 98,1% пациентов. За последние 3 года, после применения нового способа лечения, количество осложнений снизили на 2,3%, летальность составила 0,9%.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Колосовский Я.В., Топузов Э.Э., Балашов В.К., Кяккинен А.И., Галеев Ш.И.**

*ГОУ ВПО Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Повторные хирургические вмешательства при стриктурах желчных протоков обычно сопряжены с большим числом осложнений и рецидивов. В работе проанализирован опыт повторных реконструктивных вмешательств при стриктурах желчных протоков, определены факторы, связанные с неудовлетворительным отдаленным результатом лечения.

**Материалы и методы.** С 2000 по 2010 гг. в клинике по поводу стриктур желчных протоков получало лечение 49 пациентов. По классификации Bismuth, учитывающей первоначальный уровень

стриктуры, пациенты были разделены следующим образом: тип I — 7 случаев (14,3%), тип II — 25 (51%), тип III — 16 (32,7%), тип IV — 1 (2%). До госпитализации в клинику пациенты уже были оперированы по поводу сформировавшихся стриктур, так гепатикоеюноанастомоз был сформирован у 21 пациента, множественные реконструктивные операции выполнили у 7, дренирование подпеченочного пространства — у 9, чрескожное чреспеченочное дренирование желчного дерева — у 6.

**Результаты.** В клинике, по поводу сформировавшихся стриктур желчных протоков и билиарных

анастомозов, 34 (69,4%) пациентам выполнили реконструкцию гепатикоеюноанастомоза, 10 (20,4%) сформировали гепатикоеюноанастомоз со сменным транспеченочным дренированием и 5 (10,2%) — регепатикоеюноанастомоз, сформированный с применением хирургической техники, предусматривающей широкое выделение долевых протоков (соответственно с рекомендациями Нерр и Couinad). Госпитальной летальности не было. Ближайший послеоперационный период протекал гладко. Тем не менее, у 20 (40,8%) пациентов были отмечены различные после операционные осложнения, включающие в себя абсцессы брюшной полости и кишечные свищи. За средний период наблюдения, составивший 25,3 месяца, у 25 (51%) пациентов развились холангит, билиарный цирроз печени, или рестриктуры. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения пациентов со стриктурами желчных протоков были ассоциированы с тяжестью изначального поражения желчных протоков (III-IV в соответствии с классификаци-

ей Bismuth) ( $p < 0,01$ ) и вариантом произведенной операции ( $p < 0,05$ ). Хорошие результаты чаще были достигнуты в тех случаях, когда во время формирования анастомоза удавалось добиться широкой мобилизации желчных протоков.

**Заключение.** Успехи реконструктивных операций при доброкачественных стриктурах желчных протоков зависят от тяжести повреждения протоков и варианта произведенного реконструктивного вмешательства. Для предотвращения рестриктур анастомозов после первичной операции целесообразно пользоваться хирургической техникой, предусматривающей широкое выделение долевых протоков, что позволяет сформировать билиодигестивный анастомоз с помощью прецизионной техники. Залогом успеха повторных реконструктивных операций является: а) диагностика протяженности стриктур на дооперационном этапе, б) использование операций типа Нерр и Strasberg с использованием современного шовного материала (PDS II 6/0 — 7/0), осветителей и увеличительных линз.

## МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коробка В.Л., Громыко Р.Е., Чистяков О.И., Костюк К.С., Коробка Р.В.

Кафедра хирургических болезней №4 ГОУ ВПО Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (ПЖ) за счет разработки способа, эффективно предупреждающего развитие гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений брюшной полости.

**Материалы и методы.** В центре хирургии РОКБ с 2006 по 2011 гг. по поводу хронического панкреатита выполнили 73 прямых резекционных операций, из них по поводу хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы — 46. Дуоденумсохраняющую изолированную резекцию головки поджелудочной железы (операция Beger) выполнили 17 больным, секторальную резекцию головки поджелудочной железы (операция Frey) — 16, пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию — 13. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений брюшной полости после резекционных вмешательств на головке поджелудочной железы у 14 больных применили разработанный способ (решение о выдаче патента на заявку №2009146764 от 17.01.2011 г.), который заключается в изоляции

зоны резекции головки поджелудочной железы от брюшной полости дренируемой наружу «сальниковой сумкой». Из числа оперированных разработанным способом мужчин было — 12, женщин — 2, преимущественно в возрасте до 60 лет. Больные не имели декомпенсированной сопутствующей патологии.

**Результаты.** В группе больных, оперированных по разработанной методике, летальных случаев не было. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде отметили кровотечение из резецированных тканей головки ПЖ в полость «сальниковой сумки». Купировать кровотечение удалось консервативными мероприятиями. Других осложнений не наблюдали. Для объективной визуальной оценки герметичности «сальниковой сумки» всем больным выполняли УЗИ, МР- и компьютерную томографию, которые проводили на 5, 10 и 20 сутки после операции. Свободной жидкости в брюшной полости не определяли, органы, прилежащие к «сальниковой сумке» оставались интактными, инфильтративные изменения отсутствовали, проходимость двенадцатиперстной кишки, желчных путей и магистральных сосудов нарушена не была.

**Выводы.** Разработанный способ устраняет основные осложнения хронического панкреатита, эффективно предупреждает развитие гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений, формирование послеоперационных парапанкреатических инфильтратов, являющихся причиной рецидива болевого

синдрома, дуоденостаза, механической желтухи, портальной гипертензии, за счет максимального удаления воспаленной и фиброзно-измененной паренхимы головки, использования дренируемой «сальниковой сумки», изолирующей зону резекции головки поджелудочной железы от свободной брюшной полости.

## СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Коробка В.А., Глушкова О.И., Громыко Р.Е., Толстомятов С.В., Василенко В.С.**

*Кафедра хирургических болезней №4 ГОУ ВПО Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону, Россия*

**Цель исследования.** Улучшить результаты резекции поджелудочной железы за счет разработки и использования способа, профилирующего несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов у больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** В центре реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ РОКБ с 2005 по 2011 гг. резекции поджелудочной железы с формированием панкреатоэнтероанастомоза выполнены 73 больным хроническим панкреатитом. Средний возраст больных составил 47,3 лет. Мужчин было 62, женщин — 11. По поводу основного заболевания дуоденумсохраняющую изолированную резекцию головки поджелудочной железы (операция Beger) выполнили 17 больным, секторальную резекцию головки поджелудочной железы (операция Frey) — 16, пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию — 13, корпорокаудальную резекцию — 20, медиальную резекцию — 7 больным. На реконструктивном этапе панкреатоэнтероанастомоз по типу «конец в петлю» сформировали в 37 случаях, «конец в бок» — в 20, продольный панкреатоэнтероанастомоз — у 16 больных после операции Frey. С целью профилактики несостоя-

тельности панкреатоэнтероанастомоза у 20 больных в раннем послеоперационном периоде осуществляли введение ингибиторов протеолитических ферментов в проток культы поджелудочной железы через микроиригатор с одномоментной декомпрессией протока путем наружного дренирования (патент РФ №2393780).

**Результаты.** В основной группе у 8 больных развились различные осложнения в послеоперационном периоде: кишечная непроходимость — у 2, парапанкреатические инфильтраты сформировались у 2, нагноение послеоперационной раны — у 1. В 3 случаях после операции Beger отмечали длительные серозно-гнойные выделения по дренажу из зоны резецированной головки. В группе больных, оперированных по разработанной методике, несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза и летальных исходов не было.

**Выводы.** Разработанный способ профилактики послеоперационного деструктивного панкреатита позволяет снизить частоту несостоятельности панкреатодигестивных соустьев, гнойно-септических осложнений и летальности после резекции поджелудочной железы.

## НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Коссович М.А.**

*Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия*

В настоящее время совершенствование лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) идет по пути минимизации хирургического доступа, что улучшает косметические результаты вмешательства и способствует снижению операционной травмы.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с хирургической патологией желче-

выводящей системы путем разработки и внедрения нового способа ЛХЭ.

**Материалы и методы.** Нами предложен способ ЛХЭ из двух доступов (Патент на изобретение №2398547 от 10.09.2010). Новизна способа заключается в оригинальной установке троакаров для введения инструментов и некотором изменении методики выделения желчного пузыря.



При выполнении ЛХЭ из двух доступов через один разрез, umbиликальный, вводят два троакара, предназначенных для лапароскопа со скошенной оптикой и стандартных рабочих инструментов, а через второй разрез, боковой, вводят два троакара, служащих для проведения тракционных зажимов. При необходимости дренирования подпеченочного пространства трубку выводят через боковой доступ. Извлечение желчного пузыря осуществляют через umbиликальный доступ. Косметический эффект данного способа значительно выше, так как umbиликальный разрез замаскирован естественными контурами пупочного кольца, а боковой — имеет небольшие размеры и довольно часто прячется в складках кожи правого бокового отдела брюшной стенки.

ЛХЭ из двух доступов выполнили 47 пациентам. Среди них женщин было 37, мужчин — 10. Возраст больных колебался в пределах от 17 до 76 лет, индекс массы тела — от 19 до 45 кг/м<sup>2</sup>. Пациентов с желчнокаменной болезнью было 43 человека, с сопутствующим полипозом желчного пузыря — 4. При этом хронический холецистит выявили у 32 человек, острый — у 15. У 35 пациентов в подпеченочном пространстве и правом боковом канале выявили спаечный процесс различной степени выраженности.

Предлагаемый способ ЛХЭ прост в техническом исполнении, не требует дополнительного эндоскопического оборудования и инструментария,

кроме стандартного набора инструментов, легко воспроизводим, применим у людей с различным типом телосложения, имеет достаточно хороший косметический эффект вследствие выгодного расположения разрезов на брюшной стенке, снижает частоту образования послеоперационных вентральных грыж в местах разрезов брюшной стенки, исключает ранение круглой связки печени.

**Результаты.** Во всех 47 случаях ЛХЭ с применением предложенного способа выполнена успешно, случаев конверсии не отмечено. Время вмешательства составило от 48 до 157 минут. Все пациенты отмечали отсутствие болевого синдрома и отличный косметический результат операции. Через 18 часов после вмешательства больные самостоятельно ходили и принимали пищу. Через 72 часа после операции приобретали статус амбулаторных больных.

**Выводы.** Минимизация доступа при выполнении ЛХЭ — закономерное и обоснованное явление современной хирургии. Опыт выполнения ЛХЭ из двух доступов свидетельствует о том, что предложенный нами способ имеет определенные преимущества как перед традиционной методикой выполнения ЛХЭ, так и перед методикой проведения вмешательства через единый доступ, легко воспроизводим и экономически целесообразен. Необходимо дальнейшее накопление опыта для совершенствования технических навыков и научного анализа.

## ИССЛЕДОВАНИЕ КОНКРЕМЕНТОВ ХОЛЕДОХА МЕТОДОМ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

Котельникова Л.П., Палатова Л.Ф.

ГОУ ВПО «Государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

**Цель исследования:** изучить состав различных типов конкрементов холедоха методом инфракрасной спектроскопии (ИКС).

**Материалы и методы.** Состав 12 желчных конкрементов холедоха изучали с помощью инфракрасной спектроскопии на аппаратах “Spectord M-80” и “Spectord-71 YR”. Спектры записывали методом паст в вазелиновом и перфторуглеродном маслах на крышках из хлористого натрия в интервале от 650 до 4600 см<sup>-1</sup>. В качестве эталонов для идентификации использовали спектры, снятые с холевой, дезоксихолевой, глико- и таурохолевой кислот, холестерина, билирубина, а также данные литературы.

**Результаты.** Все больные ранее перенесли холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита. У большинства из них (8 больных) клини-

ческие проявления холедохолитиаза возникли в течение двух лет после удаления желчного пузыря, у остальных четырех — в сроки от 3 до 10 лет. Все удаленные конкременты холедоха были коричневого цвета. 9 из них имели слоистое строение — ядро и кору и, с учетом сроков рецидива болевого синдрома, были расценены как резидуальные. 3 имели гомогенную структуру без ядра. Болевой синдром у этих пациентов рецидивировал через 3-10 лет после холецистэктомии, камни считали рецидивными. По данным ИКС желчные камни были разделены на три группы по наличию полос поглощения в интервале 1500-1700 см<sup>-1</sup>. В первой группе полосы поглощения в этом интервале отсутствовали. Конкременты в основном состояли из холестерина. Во второй группе имелись слабые полосы поглощения в данном интервале, ха-

рактерные для билирубина, желчных кислот (их тауро- и гликоконъюгатов) и протеина. В третьей группе имелись выраженные полосы поглощения в этом интервале, соответствующие большому количеству билирубина, желчных кислот, протеина и фосфолипидов. Резидульные конкременты холедоха были отнесены либо к первой, либо ко второй группам. Лишь только в их коре имелось большое количество билирубина и желчных кислот, причем, чем дольше был анамнез заболевания, тем шире был наружный коричневый слой конкремента. Рецидивные конкременты холедоха соответствовали третьему типу, большое количество билирубина, желчных кислот, протеина и фосфолипидов обнаружено во всех слоях. Лишь один конкремент, несмотря на поздний рецидив болевого синдрома (через 5 лет после холецистэктомии), имел строе-

ние холестерина с внешней оболочкой из билирубина и желчных кислот.

Морфологическое исследование интраоперационных биоптатов печени показало, что третья группа конкрементов, как правило, формировалась на фоне выраженных изменений ткани печени (хронического гепатита с высокой активностью или цирроза печени), при которых всегда находили выраженную белковую дистрофию гепатоцитов, отражающую нарушение их синтетической функции.

Выводы. Различный состав конкрементов холедоха, определенный методом ИКС, свидетельствует о различных путях их образования. Ядра резидуальных камней состоят в основном из холестерина и малого количества других веществ, а их кора, а также рецидивные конкременты, богаты билирубином, желчными кислотами, протеином и фосфолипидами.

## КЛИРЕНС-ТЕСТ С ИНДОЦИАНИНОМ И ВОЛЮМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ В ПЛАНИРОВАНИИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Алентьев С.А.

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

На современном этапе развития хирургии единственным радикальным методом лечения опухолевой патологии печени являются резекции. Широкое внедрение современной аппаратуры для разделения паренхимы печени и обеспечения интраоперационного гемостаза позволяют осуществлять оперативные вмешательства любого объема, что обуславливает увеличение удельного веса обширных резекций печени. Удаление трех и более сегментов печени сопровождается развитием гепатоцеллюлярной дисфункции, частота которой в послеоперационном периоде по данным различных авторов достигает 15-48%. В настоящее время прогнозирование послеоперационной печеночной недостаточности остается дискуссионным вопросом хирургической гепатологии, тем не менее ряд современных диагностических приемов и методик способны оказать действенную помощь в выборе оптимального и безопасного объема операции.

В клиниках общей и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2000 по 2011 гг. выполнено 136 резекций печени. Средний возраст больных составил  $52,1 \pm 7,4$  лет. Мужчин было 76 (55,8%), женщин — 60 (44,2%). Показанием к оперативному лечению служили: гепатоцеллюлярный рак — 29 (21,3%), холангиоцеллюлярный рак — 7 (5,1%), опухоль проксимальных желчных протоков — 13 (9,6%), рак желчного пузыря — 6 (4,4%), метастатический

рак печени — 56 (41,2%), доброкачественные новообразования печени — 25 (18,4%). В 38,2% (n=52) случаев опухолевое поражение развивалось на фоне хронического гепатита или цирроза печени. Обширные резекции печени выполнили в 45,6% (n=62): правосторонняя гемигепатэктомия — 26 (41,9%), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 15 (24,2%), левосторонняя гемигепатэктомия — 13 (21%), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 3 (4,8%), полисегментарная атипичная резекция — 5 (8,1%). У всех пациентов на этапе предоперационной подготовки проводили комплексную оценку функционального состояния печени. Для компенсаторной гипертрофии непораженной части печени и уменьшения объема опухолевого поражения в 48,4% наблюдений за 1,5-3 месяца до операции выполняли химиоэмболизацию ветвей воротной вены (n=8) и артериальную химиоэмболизацию опухоли (n=22). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила  $760 \pm 356$  мл. Осложненный послеоперационный период имел место у 28 (45,2%) пациентов (реактивные плевриты и пневмония — у 9,7%, нагноение послеоперационной раны — у 6,5%, желчеистечение с резекционной поверхности печени с формированием желчных свищей — у 4,8%, поддиафрагмальный абсцесс — у 3,2% тромбоз легочной артерии — у 1,6% и др.). В ряде наблюдений у одного пациента имелись два

и более осложнений. Послеоперационная летальность составила 17,7%. У 24 (38,7%) больных в послеоперационном периоде наблюдали развитие и прогрессирование гепатоцеллюлярной дисфункции. Анализ комплекса показателей, отражающих функциональные резервы печени показал, что наиболее информативными являются результаты клиренс-теста с индоциановым зеленым (ИЦЗ) и оценка остаточной паренхимы печени по данным КТ-волюметрии по отношению к должной. Расчет последней производили с учетом площади поверхности тела по формуле Urata с соавт. (1995). Выполнение резекции печени в объеме 75-80%

от должного считаем возможной при скорости плазменной элиминации (СПЭ) ИЦЗ  $> 15\%$ /мин. При СПЭ ИЦЗ 10-15%/мин полагали возможным удалить до 70% паренхимы. При медленном поглощении индоцианина (СПЭ  $< 10\%$ /мин) выполнение обширной резекции считаем нецелесообразным и связанным с высоким риском летального исхода.

Таким образом, клиренс-тест с ИЦЗ в сочетании с волюметрией печени являются эффективным методом объективного и градуированного анализа функции печени при планировании обширных резекций.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кочатков А.В., Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Карельская Н.А., Макеева-Малиновская Н.Ю., Филиппова Е.М.

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

**Введение.** Эзаболеваемость опухолями поджелудочной железы (ПЖ) увеличивается. При этом небольшую, но значимую группу составляют пациенты с новообразованиями ПЖ эндокринной природы. Тактика лечения этих больных отличается от принятого стандарта для больных с протоковой аденокарциной. Дооперационная диагностика эндокринных опухолей (ЭО) ПЖ сложна, что может приводить к тактическим ошибкам хирургического лечения.

**Цель исследования:** разработать критерии выбора тактики хирургического лечения больных с ЭО ПЖ в зависимости от биологических и клинических особенностей заболевания.

**Материалы и методы.** В ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» с 1998 по май 2011 находилось 108 больных с ЭО ПЖ. ЭО ПЖ чаще выявляли у женщин (72,2%). Средний возраст заболевших составил 53,5 года. Всем больным проведено комплексное клиническое и инструментальное обследование. 102 больных оперированы, 5 пациентов с множественными ЭО ПЖ размером до 2 см при МЭН-1 синдроме находятся под амбулаторным наблюдением и у 1 пациентки после стационарного обследования принято решение о динамическом наблюдении.

**Результаты.** У 85,2% больных не отмечено специфических симптомов ЭО и они расценены как «нефункционирующие». Клинические прояв-

ления гиперфункциональных синдромов отмечены у 16 больных. Инсулиномы были у 11 больных (10,2%), гастриномы — у 5 (4,6%). ЭО у 92 (85,2%) больных расценены как спорадические. Синдром МЭН-1 диагностирован у 16 больных (14,8%). ЭО выявлены в головке железы у 43 (39,8%), теле — у 40 (37%) и хвосте — у 11 (10,2%) больных. У 12,9% пациентов ЭО были множественными. По объему оперативного лечения больных распределили следующим образом: ПДР выполнена 39 (36%) больным, дистальная и срединная резекции железы — 42 (38,9%) и 6 (5,6%) больным, соответственно, панкреатэктомия — 3 (2,8%), энуклеация опухоли — 5 (4,6%), паллиативные вмешательства — 7 (6,5%) больным. Потенциал злокачественности ЭО у 77 (71,3%) больных определен как G1, у 15 (13,9%) больных как G3. Отдаленные результаты оценены у 65 (60,2%) больных. Средняя продолжительность жизни составила  $55,4 \pm 36,1$  мес.

**Заключение.** Диагностика ЭО ПЖ основывается на данных инструментальных методов обследования. Тактика лечения определяется с учетом потенциала злокачественности опухолей, стадии заболевания и распространенности опухолевого процесса. При T1-2 опухолях обоснованными являются органосберегающие вмешательства. При местнораспространенных опухолях железы оправданны расширенные и комбинированные операции.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ИНСУЛИНОМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Кригер А.Г., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Лебедева А.Н., Карельская Н.А.

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

**Введение.** Инсулинома — функционирующая эндокринная опухоль (ЭО), клинические проявления которой связаны с гиперпродукцией инсулина и/или инсулиноподобных факторов. Она является наиболее частой функционирующей ЭО поджелудочной железы, как правило, представлена одиночным узлом. Размеры новообразования редко превышают 2 см. Дифференциальный диагноз с заболеваниями сопровождающимися кратковременными потерями сознания часто затруднен. Нередко проходит более 5 лет до постановки правильного диагноза. При локализованных опухолях предпочтительным методом оперативного лечения представляется энуклеация инсулиномы. Резекция ПЖ показана при контакте опухоли с главным протоком поджелудочной железы, магистральными сосудами и при злокачественном характере новообразования.

**Цель исследования:** определить возможности робот-ассистированных вмешательств при функционирующих эндокринных опухолях поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Больная М., 59 лет госпитализирована 29.11.2010 г.. За последнее 9 суток, когда стала придерживаться диеты с повышенным количеством легкоусвояемых углеводов, приступов потерь сознания не отмечает. Больная с 1999 г., когда появились приступы кратковременного потери сознания. Поставлен диагноз эпилепсии, на фоне терапии состояние без клинического эффекта, более того, частота приступов с течением времени увеличилась. В ноябре 2010 г. зафиксировано снижение уровня сахара крови во время приступа до 2,0 ммоль/л. Заподозрен органиче-

ский гиперинсулинизм. При ЭндоУЗИ и МДСКТ визуализировать новообразование не удалось. При УЗИ органов брюшной полости нельзя исключить наличия очагового аваскулярного образования в проекции тела-хвоста поджелудочной железы. По данным 3Т МРТ удалось выявить зону 11 мм в проекции тела поджелудочной железы, которая может соответствовать новообразованию. Отмечена близкое расположение опухоли к нерасширенному протоку поджелудочной железы. Хромогранин А крови: 15 нг/л.

**Результаты.** 09.12.2010 выполнена робот-ассистированная дистальная резекция поджелудочной железы. В теле поджелудочной железы по ее нижнему краю четко визуализируется опухоль диаметром 10 мм, не выходящая за капсулу железы и без признаков инвазивного роста. Послеоперационный период протекал без осложнений. В ранний послеоперационный период отмечали повышение уровня глюкозы крови до 12,2 ммоль/л. На 4-е сутки уровень глюкозы крови восстановился до нормальных цифр (4,5–6,1 ммоль/л) без инсулинотерапии. На 5-е сутки больная выписана.

**Заключение.** Выполнена первая в России робот-ассистированная дистальная резекция поджелудочной железы по поводу функционирующей эндокринной опухоли поджелудочной железы. Мы считаем, что при инсулиномах не более 20 мм, не вовлекающих окружающих ткани и магистральные сосуды предпочтительнее использование мининвазивных методов оперирования — робот-ассистированные вмешательства.

## ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ. ВОЗМОЖНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Козлов И.А.

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

**Актуальность.** Увеличение числа больных с очаговыми образованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения.

**Цель исследования:** определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми образованиями селезенки.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии с 1976 г. наблюдали более 330 больных с очаговыми образованиями селезенки. Из возможных

операций предпочтение отдавали органосберегающим вмешательствам, а в случае их невозможности выполняли гетеротопическую аутоотрансплантацию селезеночной ткани.

Кроме резекций селезенки традиционным доступом выполняли и лапароскопические вмешательства. Успешно (без конверсии) лапароскопические операции были произведены в 34 наблюдениях, из них в 3 случаях выполняли робот-ассистированные



вмешательства. Были выполнены: фенестрации — 20, резекции — 11, эхинококкэктомия — 1, спленэктомия (по поводу эхинококкоза) — 1. Еще в 1 наблюдении произвели удаление добавочной доли селезенки, расположенной в воротах, с истинной кистой, осложненной кровоистечением в полость кисты с угрозой разрыва. Обязательно выполняли срочное цитологическое исследование содержимого образования и срочное гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование. Вмешательства выполняли по поводу следующих заболеваний селезенки: истинная киста (25), непаразитарная киста (3), эхинококкоз (2), гемангиома (1) и лимфангиома (3).

В нашем опыте еще трижды были выполнены лапароскопические резекции селезенки не по поводу образований этого органа.

**Результаты.** Кроме указанных лапароскопических вмешательств, еще в 4 наблюдениях потребовалась конверсия из-за выраженного кровотечения.

Пункционные вмешательства под УЗ-контролем по поводу остаточных полостей выполнили в 6 случаях.

После фенестраций повторное лапароскопическое вмешательство на селезенке произвели в 1 наблюдении.

С учетом послеоперационных результатов, кроме обычно применяемой дезэпителизации остающейся части стенки кисты с применением аргона и/или коагуляции, мы стали до иссечения кисты производить обработку полости 96% этиловым спиртом в течении 8-10 мин.

Статистически достоверно меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций, особенно при использовании лапароскопического доступа. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа.

**Заключение.** На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы — УЗИ, КТ и МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке, при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей возможно выполнение лапароскопических органосберегающих операций.

## МАКРО И МИКРОСТРУКТУРА ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Кузнецов Е.В., Ионин В.П., Васильев П.В.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия,  
Областная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Заболеваемость опухолями печени в последнее время неуклонно возрастает как в нашей стране, так и за рубежом. Особенно высок уровень заболеваемости первичным раком печени в ХМАО, что наиболее вероятно связано с наличием крупнейшего очага описторхоза в Обь-Иртышском бассейне. Прогноз при данной патологии зависит от: стадии процесса, морфологического строения опухоли и методов лечения.

**Цель исследования.** Изучить морфологические варианты первичного рака печени, как одного из факторов прогноза.

**Материал и методы.** Было обследовано 40 пациентов с первичным раком печени. У 20 (50%) больных морфологическое исследование проведено после хирургического лечения, у 13 (32%) больных в результате эксплоративной лапаротомии, у 7 (17,5%) больных после чрезкожной пункционной биопсии печени под УЗ-контролем. Объем выполненных радикальных операций: расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 4, расширен-

ная правосторонняя гемигепатэктомия — 5, анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия — 9, атипичная левосторонняя резекция — 2. Средний возраст больных составил 44,2 года, женщин и мужчин было поровну.

**Результаты.** При гистологическом исследовании у оперированных больных было выявлено: холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) — в 10 случаях, гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) — в 4, цистаденокарцинома — в 1, смешанная форма — в 3, недифференцированный рак — в 1, фиброзная гистиоцитома — в 1. ХЦР в этой группе больных макроскопически был представлен массивной формой, у 4 больных при этом выявили регионарные метастазы. Чаще опухолевым процессом поражалась правая доля печени.

При эксплоративных лапаротомиях в 11 случаях — выявлен ХЦР, в 2 — ГЦР. Радикальный объем оперативного лечения у этой группы больных не представлялся возможным из-за распространенности процесса (карциноматоз брюшины — у 5

больных, наличие контрлатеральных метастазов — у 4, прорастание опухоли в крупные сосуды — у 3, поражение паренхимы печени более 75% — у 1).

При пункционной биопсии в 5 случаях выявлен ХЦР, в 2 — смешанная форма. Оперативное лечение у этой группы больных не проводили в связи с сопутствующей патологией, преклонным возрастом — 4 и распространенностью процесса (отдаленные метастазы) — 3.

При изучении морфологической картины первичных опухолей печени выявлены особенности их строения, характерные для жителей Приобья: наличие ХЦР — в 27 (67,5%) случаев, ГЦР — в 7 (17,5%) случаях, ГХЦР — в 5 (12,5%) случая. Описторхоз, выявлен в 100% случаев у больных ХЦР. Первичные холангиоцеллюлярные

опухоли печени были представлены массивными формами (диаметр их превышал 10 см) с некрозами, абсцедированием в опухоли, дистрофическими и склеротическими изменениями паренхимы печени по периферии зоны опухолевого роста. Вероятно, длительно существующее хроническое воспаление желчных протоков в связи с описторхозной инвазией приводит к возникновению ХЦР печени.

**Заключение.** 1. Первичный рак печени представлен многообразием морфологических форм, из которых ХЦР наиболее часто встречающаяся в районах Приобья (в 67,5%), что вероятно связано с наличием описторхозной инвазии. ГЦР был выявлен у 17,5% больных. ГХЦР — у 12,5% больных. 2. ХЦР представлен в основном массивными макроскопическими формами с участками некрозов и абсцедированием.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Кулакеев О.К., Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А.

Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан,  
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Определить эффективность результатов лечения больных циррозом печени (ЦП), осложненным кровотечением с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы (ИПС).

**Материалы и методы.** Анализирована эффективность различных методов гемостаза у 393 больных ЦП, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Мужчин было 219 (55,7%), женщин — 174 (44,3%). Возраст больных колебался в пределах от 17 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А. Г. Шерцингеру (1986), I степень эктазии выявлена у 31 (7,9%) больных, II степень — у 270 (68,7%) и III степень (максимальная) установлена у 92 (23,4%) пациентов. Источник кровотечения располагался в средней и нижней трети пищевода в 73,7% случаев и в кардиальном отделе желудка — в 26,3%.

**Результаты.** Больным произвели следующие виды лечения: консервативную терапию с применением зонда Блекмора-Сенгстакаена провели у 155 больных; минимальное оперативное вмешательство — операцию Пациоры выполнили 128 больным; эндоскопическое склерозирование (ЭС) и лигирование (ЭЛ) ВРВПЖ применили у 87 больных, в 23 наблюдениях их сочетали с имплантацией ИПС Celsite® фирмы B/Braun. Через ИПС проводили аутогемореинфузию, ежедневно, в объеме

1,2-1,5 л, следовательно, создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения, состоящий из 7-10 аутогемореинфузий, продолжали до полной остановки кровотечения и стабилизации показателей портального давления.

Консервативные методы лечения позволили достичь гемостатический эффект у 145 (93,5%) больных. Рецидив кровотечения отмечен в 37 (23,8%) наблюдениях. Летальность составила 41,3% больных.

При проведении операции Пациоры эффективный гемостаз достигнут всего у 112 (87,5%). Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (17,2%) больных. Послеоперационная летальность составила 52,8%.

Из 87 больных, перенесших эндоскопические интервенции, эффективный гемостаз достигнут у 85,1%. Рецидив геморрагии отмечен у 7 (8,04%) больных. Летальность составила 9,2%.

При имплантации ИПС, начиная с 2-3 суток, отмечено регресс явлений гипертензии в портальном русле со стабилизацией показателей портальной гемодинамики (5-6 сутки) и улучшением показателей печеночного обмена (после 10-12 процедур) в биохимических анализах. Сочетание метода имплантации ИПС с эндоскопической эрадикацией варикозных вен позволили улучшить показатели эффективного гемостаза до 93,8%.

**Заключение.** При комбинация эндоскопических интервенций с ИПС, благодаря суммиро-

ванию позитивных лечебных свойств, достигнут наилучший гемостатический эффект, где дозированная, порционная аутогеморейнофузия позволяет снизить и стабилизировать портальное давление,

также усиливается эффект склероза и окклюзии варикозных вен гастроэзофагеального коллектора, предотвращающий возникновение геморрагического синдрома.

## ВМЕШАТЕЛЬСТВА МИНИДОСТУПОМ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Кульчиев А.А., Сланов А.В., Тигиев С.В.

*Кафедра хирургии факультета последипломного и дополнительного образования  
ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства  
по здравоохранению и социальному развитию», Владикавказ, РСО-Алания, Россия*

Рост заболеваемости желчно-каменной болезнью (ЖКБ), отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом ее осложненных форм. Длительное камненосительство приводит к укорочению пузырного протока и увеличению его диаметра, что часто (до 15%) приводит к миграции конкрементов в холедох. При этом у большинства больных сфинктер Одди и большой дуоденальный сосочек (БДС) имеют невыраженные изменения или остаются интактными. Разрешение холедохолитиаза в настоящее время преимущественно связано со сфинктероразрушающими вмешательствами с их негативными последствиями. В свете этого становится обоснованным поиск альтернативных методов вмешательств, особенно актуально это для больных пожилого и старческого возраста.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с ЖКБ осложненной холедохолитиазом у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** В период с 1999 по 2009 год проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных пожилого и старческого возраста, у которых ЖКБ осложнилась холедохолитиазом.

**Результаты и обсуждение.** Всех больных с холедохолитиазом разделили на три группы.

Первая группа пациентов (72 (50%) больных) — холедохолитиаз разрешен лапаротомным методом, при этом произвели холедохолитотомию (58) с последующим наружным дрениро-

ванием холедоха. Только у 8 (11%) больных выявили сужение терминального отдела холедоха, что обусловило формирование билиодигестивного анастомоза. Стеноз Фатерова соска третьей степени у 6 (8,3%) пациентов после устранения холедохолитиаза ликвидировали трансдуоденальной папиллосфинктеротомией и папиллосфинктеропластикой.

Во второй группе (29 (20,1%) больных) холедохолитиаз устранили эндоскопическим путем, после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), с последующим этапным вмешательством для холецистэктомии (ХЭ), что требовало как правило соответствующей подготовки.

В третью группу (43 (29,9%) больных) выделили пациентов пожилого и старческого возраста, у которых калькулезный холецистит осложнился холедохолитиазом. При этом интраоперационная ревизия не выявила стенозирования БДС, что обусловило возможность этим больным разрешить холедохолитиаз одномоментно с холецистэктомией минидоступом. После холецистэктомии проводили интраоперационную холангиографию, затем холедохолитотомию и наружное дренирование ВПЖП через минилапаротомный разрез.

**Выводы.** При холедохолитиазе у больных без стеноза фатерова соска и сужения терминального отдела холедоха проблему холедохолитиаза можно разрешить одномоментно, с ХЭ минидоступом. Таких операций нами выполнено 29,9%.

## МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Кундухова Э.Р., Дзугаева З.И., Алагова А.Р., Бестаев З.В.

*ФГУ Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Беслан, Россия*

По мнению большинства ученых холецистэктомия не оправдала себя в качестве метода «золото-

го стандарта» в лечении желчекаменной болезни, так как не приводит к полному выздоровлению и

восстановлению трудоспособности у подавляющего большинства пациентов. Именно поэтому в последнее время уделяется так много внимания органосохраняющим методам лечения желчекаменной болезни.

**Цель исследования:** изучение эффективности действия неинвазивного низкоэнергетического импульсного лазерно-ультразвукового излучения при желчекаменной болезни.

**Материалы и методы.** Лазерно-ультразвуковое дробление конкрементов желчного пузыря проведено 26 пациентам в возрасте от 23 до 56 лет, из них женщин — 20 (76,9%), мужчин — 6 (23,1%). Диагностический комплекс включал: трансабдоминальное ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопию с осмотром большого дуоденального сосочка в сочетании с эндосонографией, лабораторные методы.

Первый этап лечения включал 7-дневный курс антибиотикотерапии, на втором этапе пациентам назначали литолитическую терапию, на фоне которой проводили 10-15 сеансов воздействия лазерно-ультразвуковым излучением на область желчного пузыря длительностью по 15 минут. Ультразвуковой контроль за процессом дробления конкрементов проводили перед каждой процедурой облучения и сразу после нее, а также спустя 2 недели после окончания лазерно-ультразвукового воздействия.

**Результаты.** Наилучшие результаты (91,7%) достигнуты в группе пациентов с множественными мелкими (до 5 мм в диаметре) конкрементами и песком в желчном пузыре — у 12 больных. После 3-5 сеансов облучения у них отмечался эффект «набухания» конкрементов, а затем наступала

стадия «осыпания». В этой группе ограничивались 10 процедурами.

В группе пациентов с 2-4 конкрементами размером от 6 до 12 мм эффективность лечения составила 70%. Особенностью дробления в данной группе явилось фрагментирование конкрементов на 2-3 части на этапе 6-8 процедур облучения с последующим осыпанием фрагментов. У данной категории больных применяли 15 сеансов лазерного воздействия.

Среди пациентов с 1-2 крупными конкрементами (от 13 до 30 мм в диаметре) отмечен эффект «послойного осыпания». Наиболее быстро (после 4-6 сеансов) наступает осыпание наружного слоя, который составляет 1/3-1/2 от общего диаметра конкремента. На втором этапе наблюдается эффект набухания оставшегося ядра, процессы осыпания замедляются. Данная категория больных нуждается в более длительной литолитической терапии с последующими повторными курсами лазерно-ультразвукового дробления.

В 4 (15,4%) наблюдениях на этапе осыпания конкрементов были зафиксированы кратковременные эпизоды усиления перистальтики холедоха с его расширением от 6 до 11 мм и неоднородным содержимым в просвете. Болевым синдромом данное состояние не сопровождалось.

**Выводы.** Достаточно высокая эффективность, техническая простота, а также отсутствие каких-либо субъективных ощущений у пациентов делают применение данного метода лечения желчекаменной болезни перспективным и заслуживают дальнейшего изучения и совершенствования методики, особенно среди подавляющего большинства больных с бессимптомным течением данной патологии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кундухова Э.Р., Бестаев З.В., Дзугаева З.И., Алагова А.Р.

ФГУ Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр Министерства здравоохранения Российской Федерации, Беслан, Россия

В последнее время значительно расширился круг сторонников органосохраняющих методик лечения желчекаменной болезни. Связано это со снижением качества жизни больных перенесших холецистэктомию, с одной стороны, и эволюцией в изучении патогенеза формирования конкрементов в желчном пузыре и желчевыводящих протоках, с другой стороны.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, как метод лечения холедохолитиаза, влечет за собой

нарушение функции большого дуоденального сосочка, создает условия для постоянного рефлюкса содержимого двенадцатиперстной кишки в желчевыводящие и панкреатические протоки, холангита, нарушения кишечной микрофлоры, поэтому также должна применяться по строгим показаниям. Микрохоледохолитиаз, на долю которого приходится 60-80% всех холедохолитиазов, является наиболее частой причиной возникновения печеночной колики у больных с калькулезным холе-



циститом и развития постхолецистэктомического синдрома.

**Цель исследования:** изучение эффективности действия неинвазивного низкоэнергетического импульсного лазерно-ультразвукового излучения при микрохоледохолитиазе (конкременты до 5 мм в диаметре).

**Материалы и методы.** Низкоэнергетический импульсный лазер применен в лечении микрохоледохолитиаза у 12 пациентов, в возрасте от 56 до 74 лет, все женщины. Из них холецистэктомия в анамнезе в срок до 1 года перенесли 6 пациентов, от года до пяти лет — 4, калькулезный холецистит — 2. Диагностический комплекс включал: трансабдоминальное ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопию с осмотром большого дуоденального сосочка в сочетании с эндосонографией, лабораторные методы. Единичный конкремент выявлен у 5 пациенток, в остальных случаях в холедохе имелись два-три конкремента по 2-4 мм в диаметре.

Комбинированное лечение включало в себя одновременное назначение антибиотикотерапии (ципролет, наксоджин), литолитических препаратов (урсодезоксихолевая кислота) и сеансов лазерно-ультразвукового излучения на область холедоха по 15 минут. Ультразвуковой контроль проводили перед каждой процедурой облучения и сразу по-

сле нее. Спазмолитики применяли симптоматически в случае возникновения боли.

**Результаты.** Эффективность лечения составила 100%. При этом потребовалось от 2 до 5 сеансов лазерной терапии при конкрементах размером 2-3 мм. При конкрементах 4-5 мм количество облучений — от 5 до 10. В 2 наблюдениях рождение конкрементов сопровождалось умеренно выраженными болевыми ощущениями, которые купировались приемом спазмолитиков. Эффект «набухания и частичного осыпания» конкрементов отмечен у 2 пациенток, в остальных случаях рождение конкрементов спровоцировано усилением перистальтики холедоха, желчегонным и противовоспалительным (противоотечным) действием комплекса примененных лечебных мероприятий. Сокращение диаметра холедоха наступало в течение первых-вторых суток.

**Выводы.** Микрохоледохолитиаз, не провоцирующий выраженного болевого синдрома и механической желтухи, разрешается на фоне консервативного лечения. Примененный нами на практике комплекс, включающий в себя противовоспалительную, литолитическую терапию в сочетании с неинвазивным низкоэнергетическим импульсным лазерно-ультразвуковым излучением обладает высокой степенью эффективности и позволяет избежать малоинвазивные методы оперативного лечения с сохранением целостности и функции большого дуоденального сосочка.

## ПРОГНОЗ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Курбанов Х.Х., Холматов П.К., Каримов З.К., Каюмов А.А.

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

**Цель исследования:** определить критерии угрозы пищеводажного кровотечения из варикозно-расширенных вен и показания к эндоскопическому гемостазу.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 120 историй болезней пациентов с синдромом портальной гипертензии и пищеводажным кровотечением из варикозно расширенных вен. Исследование определило наибольшую корреляцию эпизода первого кровотечения со следующими неблагоприятными клиническими, лабораторными и эндоскопическими признаками: 1. клинико-анамнестические признаки — цирроз класса С по классификации Чайлда-Туркотта и алкогольный характер цирроза печени; 2. эндоскопические признаки — увеличение варикозно-расширенных вен пищевода до 3-4 степени, наличие «красных маркеров», наличие портальной гастропатии; 3. ультразвуковые данные: снижение средней лической

скорости кровотока по воротной вене ниже 13-15 см/сек, увеличение конгестивного индекса там же выше 0,04-0,05, увеличение поперечной площади сечения селезенки более 63-65 см<sup>2</sup>. При сочетании трех и более признаков риск развития первого эпизода кровотечения расценивали как высокий.

**Результаты.** С целью первичной профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода использовали эндоскопическую склеротерапию. Группа исследуемых больных составила 38 человек, у которых причиной развития синдрома портальной гипертензии явился цирроз печени, при этом у 6 пациентов диагностировали цирроз класса А (по классификации Чайлда), цирроз класса В — у 18, цирроз класса С — у 14 больных. Эндоскопическую склеротерапию выполняли каждые 5 суток до полной остановки кровотечений из области варикозных вен. В общей сложности

всем пациентам выполнено 60 сеансов. Каких-либо осложнений в ранние сроки наблюдения отмечено не было. В поздние сроки (до 48 месяцев) наблюдение проведено у всех пациентов этой группы с последующей госпитализацией каждые полгода. При рецидиве венообразования больным проводили эндоскопический мониторинг. Рецидив венообразования через 12 месяцев составил 48%, через 25 месяцы — 80%, через 36 — 82%. Эпизод

кровотечения был у 1 больного. Летальность составила 12%, в основном от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности.

**Выводы.** Улучшение результатов лечения этой категории больных связан с проведением первичной профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, а как метод первичной профилактики мы рекомендуем проведение эндоскопической склеротерапии.

## НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Курбонов К.М., Мансуров Ф.Х., Нуралиев А. Шарипов С.

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

**Цель исследования:** улучшение диагностики и результатов хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных язв.

**Материалы и методы.** В клинике за последние 5 лет на лечение находились 124 больных с пенетрирующими дуоденальными язвами (ПДЯ). Мужчин было 90 (72,6%), женщин — 34 (27,4%). Возраст пациентов составил от 28 до 82 лет. Длительность заболевания в среднем составило  $8,3 \pm 1,1$  года. Из 124 пациентов ПДЯ у 62 (50,0%) в анамнезе указывалось на перенесенные желудочно-кишечное кровотечение.

Для диагностики ПДЯ, наряду с определением кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка, проводили инструментальные методы исследования — фибродуоденоскопию, рентгеноскопию, УЗИ и эндоскопическую ультрасонографию.

**Результаты и их обсуждение.** Из 124 пациентов с ПДЯ 78 (62,9%) из-за атипичного проявления заболевания в течение многих лет безуспешно лечились у других специалистов. ПДЯ в проведенном исследовании в некоторых случаях протекали под маской других заболеваний и проявлялись

симптомами поражения того органа, в который пенетрировала дуоденальная язва. Панкреатическая форма проявлений имела место у 42 (33,9%) больных, холецистоподобная — у 27 (21,8%) и у 55 (44,3%) пациентов имели место типичные проявления язвы двенадцатиперстной кишки.

Наряду с существующими специальными методами исследования, последние годы для диагностики ПДЯ (Авторское свидетельство) эффективно применяем эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). ЭУС выполнили 38 пациентам с ПДЯ, при этом в 24 наблюдениях, наряду с пенетрирующей язвой, диагностировали значительные изменения со стороны паренхимы головки поджелудочной железы, характерные для хронического индуративного панкреатита.

Всем пациентам ( $n=24$ ) с ПДЯ, осложнившейся хроническим панкреатитом, в предоперационном периоде проводили терапию, направленную на снижение проявлений хронического панкреатита, после чего им выполняли оперативные вмешательства.

**Заключение.** ЭУС является высокоинформативным методом диагностики хронического панкреатита при ПДЯ.

## МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Курьязов Б.Н., Таджибоев О.Б., Бабаджанов А.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

В отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра на базе кафедры общей хирургии Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской Академии в период за 2000-2010 гг. холецистэк-

томии через минилапаротомный доступ выполнили у 86 больных в старческом возрасте. Женщин было 64, мужчин — 22. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 74 больных, по поводу острого — 12.

До операции проводили ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, эзофагогастроудоденоскопию, рентгеноскопию желудка и легких, биохимические исследования функции печени и почек.

У всех больных выявили сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной системы, а также заболевание обмена веществ. Холецистэктомию через минилапаротомный доступ выполняли при наличии следующих условий: 1) нормальный размер холедоха; 2) отсутствие хирургических заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы; 3) слабое или умеренное развитие жировой клетчатки в брюшной стенке.

Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Разрез брюшной стенки производили параллельно и на 4 см ниже правой реберной дуги. Длина разреза 6-8 см в месте пересечения срединной ключичной линии. Во всех случаях стремились войти в брюшную полость справа от круглой связки печени. Рану расширяли печеночными зеркалами и тупфером. После идентификации общего желчного протока, пузырного протока и артерии производили холецистэктомию от шейки. Раздельно перевязывали пузырный проток и пузырную артерию. Ложе желчного пузыря обрабатывали электрокоагулятором. Подпеченочное пространство дренировали через отдельный разрез справа от раны на 12-48 часов.

Послеоперационный период отличался благоприятным течением. Всем больным разрешали вставать с 2-х суток после операции. Со 3-х суток разрешали энтеральное питание. Антибиотики вводили до операции и в первые 3 суток после операции в максимальной дозе. Инфузионную терапию по возможности ограничивали, анальгетики вводили в течение 2 суток после операции. Парез кишечника наблюдали у 3 больных, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита, им проводили дезинтоксикационную терапию.

75 больных выписаны домой на 3-4 сутки, остальные больные по настойчивой просьбе находились в стационаре до 8 суток.

Продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем составляла 4-5 койко-дней. Осложнений и летальных исходов после операции не наблюдали.

Необходимо отметить, что к выполнению холецистэктомии через минилапаротомный доступ следует допускать хирургов, обладающих значительным опытом вмешательств на внепеченочных желчных путях.

Таким образом, использование минилапаротомного доступа при холецистэктомии у больных пожилого возраста при соответствующих условиях является малотравматичным, эффективным и перспективным методом, позволяющим значительно улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью.

## ЛАЗЕРНАЯ АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Левченко Н.В., Хрячков В.В., Шавалиев Р.Р.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия,  
УХМАО-Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Целью исследования стала разработка и внедрение нового способа папиллотомии путем антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера при интраоперационной антеградной холедохоскопии.

**Материалы и методы.** В своей работе мы использовали лазерную установку "Cogerent" (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса "Stryker" (США) и "Karl Storz" (Германия), фиброхоледохоскоп "Karl Storz" (Германия). Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или холедохотомическое отверстие в холедох заводят фиброхоледохоскоп. Проводят ревизию холедоха.

При наличии стеноза, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводят гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя излучение YAG:Ho лазера, производят рассечение большого дуоденального сосочка. Процедуру выполняют в избранном режиме. После проведения папиллотомии, холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа, при необходимости, устанавливают дренаж в просвет холедоха.

**Результаты.** С сентября 2010 г., описанным выше способом прооперировано 6 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и на-

ходятся под наблюдением. Данным пациентам выполняли контрольную дуоденоскопию. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

**Обсуждение.** Проведение антеградной лазерной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохоледохолитиаза, одномоментно выполнять холецистэктомии и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование

импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Считаем, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЕДИНОГО ДОСТУПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Левченко Н.В., Хрячков В.В.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия,  
УХМАО-Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью путем разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ.

**Материалы и методы.** До 2000 г. данная операция выполнялась нами посредством установки троакаров в четырех стандартных точках. Накопленный опыт позволил нам в 2000 г. начать выполнять данную операцию с использованием трех доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции желчного пузыря. При этом оказалось вполне достаточным использование одного зажима. Троакары устанавливали над пупком, субкисфоидално и в правом подреберье. С 2003 г. троакар для тракции желчного пузыря дополнительно устанавливали в параумбиликальный доступ. Данный способ позволил выполнять операцию через два доступа — параумбиликальный и субкисфоидалный.

В апреле 2005 г. впервые нам удалось успешно выполнить операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субкисфоидалного троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена вверх. После обнажения апоневроза в рану устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трех троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции желчного пузыря мы стали вводить без троакара. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции желчного пузыря.

По заявке №2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006 г. и нами получен патент РФ на изобретение №2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии».

С 2005 г. описанным способом нами выполнено 118 лапароскопических холецистэктомий из одного доступа. В исследуемой группе 102 (86%) женщины и 16 (14%) мужчин. В плановом порядке оперировано 96 (81%) пациентов, с острыми формами холецистита — 22 (19%) больных. Возраст больных был в пределах от 9 до 70 лет. Среди оперированных было 58 (49%) больных с ожирением 2 степени и выше. У всех больных операцию заканчивали без установки дренажа в брюшную полость.

**Результаты и обсуждение.** На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С приобретением опыта и технических навыков показания расширяли. С 2008 г., используя описанный способ, операции выполняли также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения. Длительность оперативных вмешательств составила от 30 до 100 мин. Подавляющее количество операций (96 (81%) больных) выполнено в интервале времени от 30 до 60 минут.

Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все больные активизировались (начинали вставать и ходить, обслуживать себя) в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве больные отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции.

Все больные выписаны с выздоровлением.



Время наблюдения за больными составляет более пяти лет. Каких-либо осложнений, связанных с проведением операции через один доступ выявлено не было.

**Выводы.** Выполнение лапароскопической холецистэктомии через один доступ приводит к уменьшению

интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных. Очевиден косметический эффект. Считаем способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА

Левченко Н.В., Хрячков В.В.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия,  
УХМАО-Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

**Целью** настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии.

**Материалы и методы.** В работе использована лазерная установка "Cogeant" (США), оснащенная YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса "Stryker" (США) и "Karl Storz" (Германия) и фиброхоледохоскоп "Karl Storz" (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря, клипруется и пересекается пузырная артерия. Также клипруется дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в просвет последнего заводится фиброхоледохоскоп. Под визуальным контролем по рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводится гибкий лазерный световод. С применением YAG:Ho лазера выполняется контактная литотрипсия. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. Когда конкремент или его фрагменты свободно перемещаются в просвете холедоха, выполнить контактную лазерную литотрипсию весьма затруднительно из-за технических сложностей при подведении торца световода к поверхности конкремента. В данных условиях к конкременту, через рабочий канал холедохоскопа, подводят устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии. Конкремент захватывают корзинкой и фиксируют. Через дополнительный канал, расположенный в канале корзинки, к конкременту подводят лазерный гибкий световод, соединенный с источником лазерного излучения. Выполняют прицельную контактную лазерную литотрипсию с помощью YAG:Ho лазера с длиной волны 2,09 мкм. Литотрипсию проводят в импульсном режиме с частотой 5–10 Гц и энергией 0,5–1,0 Дж.

При образовании крупных фрагментов процедуру литотрипсии повторяют до тех пор, пока все

фрагменты не мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. Процесс литотрипсии осуществляется под визуальным контролем в режиме реального времени. При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипуют, а холедохотомическое отверстие ушивают. Желчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком.

**Результаты и обсуждение.** С сентября 2003 г., описанным выше способом (патент РФ №2334486), нами прооперировано 56 больных холедохолитиазом. Во всех случаях отмечали наличие механической желтухи. У 29 больных конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха. В 28 случаях конкременты свободно размещались в просвете холедоха. Для фиксации подвижных конкрементов и их фрагментов при проведении прицельной литотрипсии использовали устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ №57584). В 42 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит выявили в 20 случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия.

**Заключение.** Применение указанного метода позволяет одновременно выполнить холецистэктомию и лазерную контактную холедохолитотрипсию, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации, провести операцию без введения дополнительных троакаров, осуществлять процесс литотрипсии под визуальным контролем в режиме реального времени и др.

Считаем, что интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ОПУХОЛИ НА МОДЕЛИ ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Леонов С.Д.

Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ Московского медико-стоматологического университета, Москва, Россия

В хирургической гепатологии широко применяются малоинвазивные методы лечения первичного и вторичного рака печени, которые позволяют значительно снизить процент осложнений и продлить жизнь пациента. Успех данных манипуляций связан с объективной оценкой эффективности лечебного воздействия. Существующие методы визуализации не позволяют мониторировать процесс деструкции в реальном времени и эффективны лишь спустя сутки.

Целью исследования явилась оценка эффективности процедуры локальной деструкции очага опухолевой ткани методом биоимпедансометрии (БИМ) в режиме реального времени.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на 45 крысах линии Vistar обоего пола, массой 180-220 г. Для моделирования онкологического процесса животным прививали опухоль РС-1 (перстневидно-клеточный рак).

В качестве метода деструкции в данном исследовании применяли электрохимический лизис (ЭХЛ). Воздействие осуществляли аппаратом ECU-100 фирмы Soring, сила тока 35 мА с монополярными платиновыми электродами G14-G18. Процесс ЭХЛ сопровождался параллельным измерением импеданса лизируемого участка. Биоимпедансометрию проводили на оригинальном аппарате ВИМ-II.

Под эфирным рауш-наркозом производили обработку операционного поля в проекции опухолевого узла. В ткань опухоли на глубину от 7 до 15 мм (в зависимости от размеров опухоли) чрескожно через проводники вводили 4 платиновых электрода, закрепленных в держателе. Причем активная часть электродов находилась внутри опухоли, что минимизировало повреждение кожи при ЭХЛ.

Одну пару электродов использовали для проведения ЭХЛ, через них проходил постоянный ток, расстояние между электродами 14-25 мм. Вторая пара была необходима для измерения импеданса и располагалась у положительного электрода ЭХЛ. Измерение импеданса осуществляли дискретно с шагом 1 минута на частоте 10 кГц и напряжении тока 1 V, расстояние между электродами 12-24 мм. Опухолевую ткань в зоне лизиса подвергали гистологическому исследованию.

**Результаты и их обсуждение.** На 30 сутки после перевивки объем опухолевых узлов достигал от 6276 до 26463 мм<sup>3</sup>, и значение медианы их импеданса было 98 Ом (63-157 Ом).

В процессе ЭХЛ импеданс постепенно возрастал и увеличивался до максимальных значений ( $Z_{\max}$ ) — 119 Ом (87-272 Ом) в среднем на 12 минуте (2-25 мин) лизиса.

Воздействие постоянным током прекращали, когда интенсивность падения полного электрического сопротивления снижалась до минимума, который в среднем составлял 74 Ом (38-117 Ом), и значения импеданса лизируемой ткани выходили на плато. Средняя длительность процедуры ЭХЛ составила 35 минут.

**Заключение.** Разработан и экспериментально апробирован новый, высокоинформативный метод оценки эффективности ЭХЛ с использованием параллельного мониторинга импеданса опухолевой ткани. Основным преимуществом способа является детекция процесса лизиса в реальном времени, что позволит врачу менять тактику лечения во время манипуляции. Более того, разработанный метод может стать универсальным для оценки эффективности различных видов абляции.

## КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Лесовик В.С., Зыков Д.В.

2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить кислотообразующую функцию желудка у пациентов с варикозным расширением вен пищевода и желудка.

**Материалы и методы.** Для оценки секреторной функции применяли метод кратковременной

внутрижелудочной рН-метрии в свободном режиме на аппарате «Гастроскан-5» (Россия) с использованием 3-х и 5-ти канальных назогастральных зондов. Обследованы до операции 23 больных циррозом печени (классы А и В) и внепеченоч-

ной портальной гипертензией с варикозным расширением вен кардиоэзофагеальной зоны, из них у 5 пациентов с расширением вен пищевода III и IV ст. постановку зонда производили под эндоскопическим контролем. Исследование включало в себя определение базальной и стимулированной секреции желудочного сока, оценку ощелачивающей функции желудка и проведение теста медикаментозной ваготомии.

*Результаты* исследования распределились следующим образом: 1) базальная секреция: гиперацидность отмечена у 11 (47,8%) пациентов; нормацидность — у 8 (34,8%); гипоацидность — у 4 (17,4%); 2) стимулированная секреция: гиперацидность на фоне субмаксимальной стимуляции гистамином отмечена у 5 (21,8%) пациентов; нормацидность — у 15 (65,2%); гипоацидность — у 3 (13,0%); 3) ощелачивающая функция антрального отдела желудка: снижена у 17 (73,9%) пациентов;

сохранена у 6 (26,1%); 4) тест медикаментозной ваготомии: положительный — у 16 (69,6%) пациентов; отрицательный — у 7 (30,4%). Полученные результаты свидетельствуют об исходно повышенном уровне кислотности почти у половины (47,8%) пациентов. Снижение ощелачивающей функции антрального отдела желудка повышает риск повреждения слизистой оболочки даже при нормацидных состояниях. Проведенный тест медикаментозной ваготомии был положительным у большинства (69,6%) пациентов, что свидетельствует о прогностически хорошем эффекте хирургического вмешательства ваготомии совместно с разобщающей операцией для улучшения послеоперационных результатов.

*Выводы.* Исходная повышенная кислотность у 47,8% больных и снижение факторов кислотостойчивости у 73,9% требуют выполнения оперативного вмешательства, направленного на снижение кислотопродукции.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Лесовик В.С., Зыков Д.В.

2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия

Прогноз риска кровотечения портального генеза, осуществляемый с помощью визуальной оценки эндоскопических критериев, в немалой мере носит субъективный характер. Одним из перспективных и высокоточных методов оценки состояния варикозных вен и периезофагеальных коллатералей является эндоскопическая ультрасонография.

С целью оптимизации и повышения точности прогноза нами разработан способ определения степени риска геморрагии, заключающийся в эндоскопической оценке варикозных вен и слизистой пищевода в комплексе с эндоскопической ультрасонографией и определением толщины стенки вены и слизистой над ней. Сонографию выполняли по стандартным принципам данного метода ультразвуковой диагностики. Миниатюрный ультразвуковой радиально сканирующий зонд MN-2R/MN-3R с частотой сканирования 20 МГц под визуальным контролем устанавливали в зоне варикозно-расширенных вен пищевода. Исследование производили как с помощью мини-датчика, погруженного в просвет пищевода, заполненного деаэрированной водой, так и через заполненный деаэрированной водой баллон, покрывающий датчик.

Высокий риск развития кровотечения диагностировали при значительном расширении вен, когда просвет пищевода был полностью перекрыт извитыми варикозно измененными венозными стволами

с множественными ангиоэктазиями, толщине вены и слизистой менее 0,5 мм и телеангиоэктазиями. Также высокую степень риска геморрагии определяли при наличии пролабированных в просвет пищевода и суживающих его просвет варикозно-расширенных вен, толщине вены и слизистой над ней менее 0,5 мм.

Умеренную степень риска кровотечения верифицировали при наличии пролабированных при эндоскопии в просвет пищевода и суживающих просвет органа варикозно-расширенных вен, толщине вены и слизистой 0,5-0,69 мм.

Незначительную степень риска геморрагии определяли при расширении вен, когда при эндоскопии варикозные узлы изменялись при натуживании, не суживая просвет пищевода, толщине вены и слизистой 0,7-0,9 мм.

Отсутствие риска кровотечения определяли при отсутствии изменений эпителиального слоя над незначительно расширенной варикозно измененной веной, толщине стенки вены и слизистой над ней более 0,9 мм.

В зависимости от критериев риска определены показания к выбору и срочности выполнения эндоскопического склерозирования вен и хирургических вмешательств.

Эндоскопическую ультрасонографию при поступлении пациентов в стационар проводили, как

правило, при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения она была выполнена 94 пациентам с варикозным расширением вен пищевода и желудка. Высокая степень риска кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода выявлена у 33 (35,1%) больных, умеренная степень — у 46 (48,9%) и незначительная — у 15 (16,0%). С целью контроля состояния эзофагогастродуоденального комплекса эндоскопическую ультрасонографию выполняли всем па-

циентам после хирургических и эндоскопических вмешательств.

Таким образом, новый метод оценки риска пищеводного кровотечения с помощью эндоскопической ультрасонографии позволяет расширить возможности прогноза, дифференцированно подойти к выбору лечебно-профилактических мероприятий, осуществить объективный контроль результатов как эндоскопических так и хирургических вмешательств.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАСТУПЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Лисиенко В.М., Микаелян Э.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

**Цель исследования.** Изучение значимости биофизических методов исследования (БМИ) для констатации течения патологического процесса при остром панкреатите (ОП), максимально раннего выявления момента перехода фазы асептического панкреонекроза (АПН) в инфицированный (ИПН), наступления гнойно-некротических осложнений (ГНО) и минимизации сроков оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** У 220 больных ОП изучены клинические, лабораторные и биофизические показатели, их значимость в динамике течения патологического процесса. Важной задачей было определение перехода АПН в ИПН и возникновение ГНО, для своевременного оперативного вмешательства при последнем. Использовали следующие БМИ: рефрактометрию, для определения показателя преломления сыворотки крови (ППСК) с помощью рефрактометра ИРФ-454М и поляризационную микроскопию для определения статуса жидких кристаллов сыворотки крови (ЖКСК) с помощью микроскопа ПОЛАРМ Р 211.

**Результаты.** Группа с отеком поджелудочной железы (ОПЖ) составила 135 пациентов. У 33 из них патологический процесс прогрессировал, и эти больные были переведены в группу с АПН. Группу с АПН составили 92 пациента. Из них у 8 больных патологический процесс прогрессировал, наступили ГНО. Этим больным мы отнесли в группу с ГНО. Всего с ГНО наблюдали 34 пациента.

Клинико-лабораторные и биофизические показатели у этих больных сравнивали между собой ежедневно с 1 по 8 сутки, далее по необходимости.

При изучении ППСК выявлено, что при прогрессировании патологического процесса от ОПЖ до АПН цифры ППСК нарастали с  $1,3482 \pm 0,00030$  до  $1,3490 \pm 0,0001$  ( $p < 0,05$ ) и в 81,8% опережали клинико-лабораторные показатели. При прогрес-

сировании заболевания до ГНО ППСК нарастал с  $1,3490 \pm 0,001$  до  $1,3500 \pm 0,00014$  ( $p < 0,05$ ) и в 75%, так же, опережал клинико-лабораторные данные. 34 пациента с ГНО были оперированы. У 23 пациентов из них после первой операции процесс прогрессировал, ППСК нарастал на 0,0004. Им производили повторные операции. Процесс выздоровления во всех случаях сопровождался снижением цифр ППСК.

При исследовании ЖКСК у больных с ОПЖ в ЖК картине отмечено преимущественное присутствие сферодендритов разных размеров. При прогрессировании до АПН в ЖК картине увеличивалось и преобладало количество сферодендритов малых размеров. При прогрессировании заболевания и наступлении ГНО в ЖК картине увеличивалось и превалировало количество сферолитов. У больных с ГНО при прогрессировании патологического процесса после хирургического вмешательства в ЖК картине отмечали увеличение количества и преобладание сферолитов и игольчатых кристаллов. Включение БМИ в дополнение к известным клинико-лабораторным диагностическим методам позволило минимизировать сроки хирургических вмешательств при ГНО, снизить средний койко-день с  $35,4 \pm 5$  до  $29 \pm 2$  и летальность с 42,8% до 29,4%.

**Выводы.** Использование предлагаемых биофизических методик с целью определения течения патологического процесса при ОП позволило в более ранние сроки диагностировать прогрессирование процесса, перехода одной фазы ОП в последующую, наступление ГНО.

Данные ППСК и ЖКСК опережают сведения клинико-лабораторных методов обследования, что позволяет своевременно произвести хирургическое вмешательство, снижают процент летальности с 42,8 до 29,4.



## ТАКТИКА ЭТАПНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Литвин А.А., Раголевич Г.С., Свистунов С.В., Хоха В.М.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,

У «Гомельская областная клиническая больница», Гомель,

УЗ «Мозырская городская больница», Мозырь, Беларусь

**Введение.** Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики позволяют разрабатывать тактику лечения острого некротизирующего панкреатита (ОНП), дифференцированную в зависимости от особенностей течения заболевания, обусловленных комбинациями типичных осложнений панкреонекроза.

**Целью** исследования явилось внедрение тактики этапного комбинированного хирургического лечения ОНП.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования — проспективное, нерандомизированное, обсервационное, двуцентровое. Задача исследования: оценка клинической эффективности сравниваемых тактик хирургического лечения. Критерии включения: пациенты с наиболее тяжелым течением ОНП с развившимся инфицированным панкреонекрозом (ИПН), которым проводили «открытые» хирургические вмешательства; проведение единой тактики комплексной интенсивной терапии ОНП. Сроки исследования — 2005-2009 гг.

В исследование включены 72 больных с ОНП-ИПН. I группа (контроль) — 35 пациентов, которым выполняли лапаротомию и/или люмботомию, некрсеквестрэктомию. Эти пациенты были оперированы без каких-либо предшествующих миниинвазивных дренирующих операций (отсутствие визуализируемого жидкостного образования, условий для чрескожного дренирования и др.).

II группа (группа исследования) — 37 больных, которым проводили этапное комбинированное хирургическое лечение, включающее дренирование острых жидкостных скоплений парапанкреатической и забрюшинной клетчатки под УЗ-контролем (1 этап — миниинвазивный). Миниинвазивный этап выполняли как в начале заболевания с целью удаления токсичного выпота и «обрыва» острого панкреатита, так и на 10-24 сутки от начала заболевания, когда происходила трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный; 2 этап — некрсеквестрэктомия путем лапаротомии и/или люмботомии — выполняли на 14-30 сутки от начала заболевания по поводу ИПН всем пациентам данной группы (миниинвазивный этап оказался неэффективным).

**Результаты и обсуждение.** Анализ демографических показателей, основных причин, структуры и тяжести клинических форм показал, что выделенные на основании различных вариантов хирургического лечения группы пациентов достоверно не отличались.

Тактика этапного комбинированного хирургического лечения при ОНП-ИПН сопровождалось достоверным снижением медианы числа этапных некрсеквестрэктомий у одного пациента до 3 [1-5] (Me [25-75%]), направленных на радикальное устранение очага инфекции, по сравнению с группой больных без предшествующего чрескожного дренирования (5 [2-8]) ( $p < 0,05$ ). Средние сроки заболевания к лапаротомному вмешательству по поводу инфицированного панкреонекроза были несколько больше в группе пациентов, где выполняли изначальное миниинвазивное дренирование (19 [10-29] против 15 [5-27] суток,  $p > 0,05$ ). Продолжительность пребывания в стационаре среди выживших достоверно была меньше в группе с этапным комбинированным хирургическим лечением панкреонекроза — 35 [25-47] суток, по сравнению с группой контроля — 49 [35-65] суток ( $p < 0,05$ ).

Отмечено снижение числа тяжелых гнойно-септических осложнений: СПОН, сепсис, ДВС-синдром — 71,4% случаев в контрольной группе, 48,6% — в основной группе; обширная флегмона забрюшинной клетчатки — 65,7% и 40,5% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ). Летальность в первой группе составила 34,3% (12 из 35 пациентов, включенных в исследование), во второй — 18,9% (7 пациентов из 37) ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** При ОНП хирургическое лечение может состоять из нескольких этапов. Первый этап — дренирование стерильных или инфицированных острых жидкостных скоплений под УЗ-контролем; второй этап — лапаротомия и/или люмботомия с этапными некрсеквестрэктомиями — при неэффективности 1 этапа хирургического лечения и развитии инфицированного панкреонекроза. Комбинация миниинвазивного лечения с выполнением показанных «открытых» хирургических вмешательств позволяет несколько улучшить результаты лечения пациентов с ОНП.

## МЕТОДЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Лотов А.Н.<sup>1</sup>, Черная Н.Р.<sup>1</sup>, Бугаев С.А.<sup>1</sup>, Луцык К.Н.<sup>1</sup>, Розинов В.М.<sup>2</sup>, Беляева О.А.<sup>2</sup>,  
Петлах В.И.<sup>2</sup>, Чжао А.В.<sup>3</sup>, Жаворонкова О.И.<sup>3</sup>, Кондрашин С.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,

<sup>2</sup>Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии,

<sup>3</sup>ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России,

<sup>4</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В последние годы в нашей стране вновь возрос интерес к проблеме гидатидозного эхинококкоза. Результаты анализа литературы и собственных наблюдений, свидетельствуют о росте заболеваний эхинококкозом среди жителей центрального региона России, вне эндемичных зон традиционного животноводства. Особенно настораживает рост заболеваемости среди детей.

**Цель исследования.** Улучшение ранней диагностики эхинококкоза, разработка и внедрение в клиническую практику как взрослой, так и детской хирургии чрескожных минимально инвазивных методов лечения.

**Материалы и методы.** Минимально инвазивные методы успешно применены у 389 взрослых пациентов и 47 детей. Наиболее информативными в последние годы считают реакции латекс-агглютинации, РИГА, иммуноферментный анализ (ИФА, ELIZA). Современные ультразвуковые аппараты с высокой разрешающей способностью, цветовым доплеровским картированием и возможностью трехмерной реконструкции УЗ-изображения позволяют специалистам выявить саму кисту и оценить ее характерные признаки.

Эхинококковая киста — гипо- или анэхогенное образование имеет многослойное строение стенки. Хитиновая оболочка определяется как гиперэхогенная структура, часто имеющая гипоехогенную прослойку между герминативным и кутикулярным слоями. На внутренней поверхности хитиновой оболочки нередко определяются множественные гиперэхогенные включения — «эхинококковый песок». Фиброзная капсула при УЗИ определяется, как гиперэхогенный ободок. Она отделена от хитиновой оболочки гипоехогенным слоем, представляющим собой лимфатическую «щель».

УЗИ затруднено при гигантских эхинококковых кистах и множественных поражениях. В этих случаях возникает необходимость сочетания УЗИ с КТ или магнитно-резонансной томографией (МРТ). Наш опыт показывает высокую информативность МРТ в диагностике эхинококковых кист, даже при их малых размерах. Одним из важнейших преимуществ МРТ является отсутствие лучевой нагрузки, что наряду с УЗИ делает ее незаменимой в дет-

ской хирургии. Получение четкого изображения о взаимоотношениях с крупными сосудистыми и протоковыми структурами печени, окружающими органами и тканями создает условия в планировании вида хирургического вмешательства. Увеличение размеров кист ведет к атрофии окружающей паренхимы и повышению риска возникновения дефекта в желчевыводящих протоках. МРТ в режиме холангиопанкреатикографии позволяет с большой степенью вероятности, что важно для планирования и осуществления неинвазивных методов лечения, заподозрить формирование желчного свища.

Определение стратегии, разработка техники безопасного чрескожного вмешательства и создание для этого специального инструментария, предотвращающего развитие осложнений, позволило широко внедрить сберегающую хирургию лечения эхинококкоза в повседневную практику. Было изучено воздействие различных химических агентов на зародышевые элементы паразита, особенно на ацефалоцисты гидатидозного эхинококка, *in vitro* и на лабораторных животных. Наиболее надежными и пригодными для практического применения оказались 80-86% глицерин и 30% раствор хлорида натрия. Однако применение 30% раствора хлорида натрия сопряжено с возможностью разведения его тканевой жидкостью до неэффективной концентрации. Глицерин активен даже при значительном разведении, что гарантирует его большую надежность. Патоморфологические исследования показали, что глицерин воздействует не только на содержащиеся в кисте зародышевые элементы, но даже и на экзогенные кисты в фиброзной капсуле. Это свидетельствовало о возможности применения глицерина при экзогенном почковании паразита и при оперативных вмешательствах, не сопровождавшихся удалением фиброзной капсулы кисты.

При интрапаренхиматозном расположении эхинококковой кисты мы выполняем их чрескожное дренирование с последующим удалением хитиновой оболочки. Доступ обязательно через максимальную толщу паренхимы печени, вводимый объем глицерина адекватен удаленной жидкости. Микроскопическое подтверждение гибели паразита на операционном столе.

При экстрапаренхиматозной локализации паразита отдаем предпочтение двух этапному способу лечения. На первом этапе дренирование кисты и противопаразитарная обработка, а на втором — видеолaparоскопическая эхинококкэктомия с частичной перцистэктомией.

При размерах кист до 30 мм выполняем их пункцию с противопаразитарной обработкой, без удаления хитиновой оболочки.

Обязательным условием комплексного лечения эхинококкоза печени является противорецидивная химиотерапия албендазолом.

**Результаты.** Чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия успешно проведена у 39 детей и 340 взрослых пациентов. На этапе освоения мето-

дики у одного пациента по ходу стояния дренажа возник рецидив эхинококковой кисты.

Видеолaparоскопический способ лечения выполнен 8 детям и 49 взрослым пациентам.

**Выводы.** Применение современной комбинации высокоинформативных и безопасных методов диагностики (УЗИ и МРТ) в сочетании с серологическими тестами дает возможность в 98% наблюдений диагностировать эхинококкоз печени. Чрескожные минимально инвазивные операции с использованием современного оборудования, высокоэффективных гермицидов, проводимые в специализированных стационарах, и обязательная противорецидивная терапия не уступают традиционным методам лечения.

## БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОПРОКОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ: ОПЫТ 150 ОПЕРАЦИЙ

Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Маркин А.Ю., Лядов В.К., Негардинов А.Э.

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития РФ» Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить ближайшие результаты однопрокольных холецистэктомий.

**Материалы и методы.** За период с ноября 2009 по май 2011 гг. в ЛРЦ выполнено 150 холецистэктомий с помощью различных устройств для единого лапароскопического доступа. Мужчин было 38 (25%), женщин — 112 (75%). Средний возраст пациентов —  $45,7 \pm 12,6$  года (18-74). Показанием к операции служило наличие хронического калькулезного холецистита, либо полипоза желчного пузыря. Противопоказание: наличие у больного ожирения (индекс массы тела выше  $30 \text{ кг/м}^2$ ).

Все операции выполняли трансумбиликальным доступом. Использовали порты для единого доступа SILS (Covidien) — 144, X-Cone (Storz) — 5, Tri-Port (Olympus) — 1. У 30 больных в рамках рандомизированного исследования по сравнению одно- и двухпрокольной холецистэктомии в эпигастриальной области исходно устанавливали дополнительный 5-мм троакар.

Для визуализации применяли 5-мм оптику с удлиненным штоком. В большинстве случаев (65%) дно или тело желчного пузыря фиксировалось к брюшной стенке с помощью сквозного трансабдоминального шва, в остальных случаях (35%) фиксации пузыря не потребовалось. Манипуляции на шейке желчного пузыря и в области треугольника Кало проводили с помощью мягкого зажима с механизмом ротации, что позволяло обеспечить правильный «угол атаки» эндоскопических ин-

струментов. Коагуляцию осуществляли с помощью крючка или ультразвуковых ножниц. Желчный пузырь удаляли в контейнере вместе с портом. Апоневроз прямых мышц ушивали непрерывным швом нитью PDS 1. Кожу ушивали внутрикожным швом нитью «монокрил 3-0».

**Результаты.** Средняя продолжительность операции при фиксации желчного пузыря трансабдоминальным швом составила  $71,7 \pm 29,4$  мин (20-160), при отсутствии фиксации  $61,1 \pm 24,0$  мин (20-135). В то же время, установка дополнительного троакара потребовалась в 11 (21%) из 53 случаев без фиксации пузыря сквозным швом, и в 15 (15,5%) из 97 операций с фиксацией пузыря к брюшной стенке. Причины: выявленный интраоперационно острый или обтурационный холецистит — 10, спаечный процесс — 8, неадекватная экспозиция треугольника Кало — 6, соскальзывание клипсы с пузырярного протока и его пересечение — по 1 случаю.

Средний послеоперационный койко-день составил 1,5. Периоперационной летальности не было. Осложнения отмечены у 4 пациентов: в 1 случае развилось желчеистечение в связи с прорезыванием клипсой пузырярного протока (осложнение купировано при релапароскопии); у 1 пациента на 6-е сутки после операции развилось ущемление салника в прорезавшемся шве апоневроза (дефект апоневроза был ушит); в 2 случаях выявили нагноение подкожной клетчатки в области пупка.

У 8 больных успешно выполнили симультанные вмешательства: аллопластика пупочного кольца —

5, комбинированная флебэктомия — 2, резекция сигмовидной кишки — 1.

**Заключение.** Однопрокольная лапароскопическая холецистэктомия технически выполнима и безопасна у пациентов всех возрастных групп при

наличии хронического калькулезного холецистита, холестероза желчного пузыря. Спаечный процесс в брюшной полости, наличие острого или обтурационного холецистита являются относительными противопоказаниями к подобным операциям.

## ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ ОДНО- И ДВУХПРОКОЛЬНЫХ (SILS И SILS+) ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Маркин А.Ю., Лядов В.К., Негардинов А.З.

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития РФ» Москва, Россия

**Цель исследования:** сравнить ближайшие результаты лапароскопических холецистэктомий, выполненных через единственный трансумбиликальный прокол (SILS, группа 1), и аналогичных операций с установкой дополнительного рабочего троакара (SILS+, группа 2).

**Материалы и методы.** С января по апрель 2011 года в ЛРЦ в рамках данного исследования рандомизировано 60 пациентов. В рандомизацию включали пациенты без абсолютных противопоказаний к проведению лапароскопических операций и признаков острого холецистита по данным УЗИ, с индексом массы тела менее 35 кг/м<sup>2</sup>, при отсутствии в анамнезе операций на органах брюшной полости. Рандомизацию проводили методом закрытых конвертов.

Оценивали следующие показатели: длительность операции (по этапам), наличие периоперационных осложнений и (при наличии) летальность, продолжительность пребывания после операции в стационаре, интенсивность боли, косметический эффект операции.

Операции выполняли по единой методике. Под контролем зрения трансумбиликально в брюшную полость устанавливали порт для единого доступа SILS (компания Covidien). Использовали удлиненную 5-мм оптику и инструменты с ротикуляторным механизмом. Желчный пузырь в группе 1 фиксировали к брюшной стенке с помощью провизорного трансабдоминального шва, в группе 2 — с помощью одного из введенных через единый порт инструментов.

Оценку болевых ощущений проводили по 10-балльной шкале в 1-е сутки после операции (до 4 баллов — слабые боли; 4-7 — умеренные; 8-10 — выраженные). Косметический эффект оценивали по шкале Ликерта (крайне плохо —

плохо — удовлетворительно — хорошо — отлично).

**Результаты.** В группе SILS 5 (17%) пациентов были в ходе операции исключены из исследования в связи с вынужденной установкой дополнительного троакара. Причины: спаечный процесс — 2, водянка желчного пузыря — 2, внутривенное расположение пузыря — 1. Среди оставшихся 25 больных было 8 мужчин и 17 женщин, средний возраст — 46,0±13,7 лет. В данной группе продолжительность операции составила 57,6±26,5 мин (20-120 мин). Средний послеоперационный койко-день составил 1,5±0,6 дня.

В группу SILS+ включено 30 пациентов. Мужчин — 13, женщин — 17, средний возраст — 48,2±10,2 лет. Длительность операции составила 53,4±15,9 мин. Средний послеоперационный койко-день составил 1,7±0,9 дня.

Периоперационных осложнений и летальности не было в обеих группах.

Болевой синдром в группе 1: выраженный — 1 (4%), умеренный — 10 (40%), слабый — 14 (56%); в группе 2: выраженный — 1 (3%), умеренный — 17 (57%), слабый — 12 (40%). В группе 1 один пациент оценил косметический эффект как «хорошо», остальные как «отлично». В группе 2 в четырех случаях был хороший косметический эффект, в остальных — отличный.

Статистически значимых различий по каким-либо показателям получено не было, однако отмечена небольшая тенденция к более выраженному болевому синдрому при установке дополнительного троакара.

**Выводы.** Установка дополнительного троакара в эпигастрии несущественно влияет на результаты однопрокольной лапароскопической холецистэктомии.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лядов В.К.<sup>1</sup>, Буланова Е.А.<sup>1</sup>, Семенов И.А.<sup>2</sup>, Синицын В.Е.<sup>1</sup><sup>1</sup>ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития РФ»,<sup>2</sup>Отдел хирургии печени НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить с помощью компьютерной томографии (КТ) наличие саркопии или выраженного снижения мышечной массы среди пациентов с осложненными формами хронического панкреатита.

**Материалы и методы.** В исследование включено 22 пациента с хроническим кальцифицирующим и/или псевдотуморозным панкреатитом, пролеченных в 2009-2011 гг. Среди больных было 16 мужчин и 6 женщин в возрасте от 29 до 63 лет. Большинству пациентов были выполнены резекционно-дренирующие вмешательства на поджелудочной железе различного объема. Периоперационной летальности и осложнений не было. Компьютерную томографию выполняли с целью уточнения диагноза и предоперационной оценки состояния поджелудочной железы.

Наличие саркопии определяли по площади ( $\text{см}^2$ ) мышечной ткани на уровне тела третьего поясничного позвонка. Для этого на двух последовательных аксиальных срезах компьютерно-томографического исследования на данном уровне была рассчитана сумма площадей всех поперечно-полосатых мышц, затем вычислено ее среднее арифметическое значение. Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры на уровне тела L3 позвонка к квадрату роста пациента определяло «скелетно-мышечный индекс L3». Пороговым значением индекса, ниже которого состояние расценивали как саркопию, считали  $52,4 \text{ см}^2/\text{м}^2$  для мужчин и  $38,5 \text{ см}^2/\text{м}^2$  для женщин.

Данные показатели соответствуют определению саркопии как состояния, при котором процент мышечной массы меньше, чем средние его значения у здоровых взрослых того же возраста и пола на 2 или более стандартных отклонения.

**Результаты.** У 15 (68%) из 22 исследованных пациентов на основании значений «скелетно-мышечного индекса L3» диагностировали саркопию, в том числе у 13 из 16 мужчин и 2 из 6 женщин. Среднее значение индекса составило  $47,6 \pm 7,5 \text{ см}^2/\text{м}^2$  у мужчин и  $39,0 \pm 10,8 \text{ см}^2/\text{м}^2$  у женщин. При этом среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило  $22,5 \pm 3,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ , что находится в пределах нормальных значений ( $18,6\text{--}24,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ ). У 1 обследованного масса тела была сниженной ( $15,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ ), у 5 — избыточной (ИМТ  $25,0\text{--}29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ ). Лишь у 1 из 5 пациентов с повышенной массой тела была выявлена саркопия.

**Заключение.** Хронический панкреатит в подавляющем числе случаев сопровождается выраженными метаболическими нарушениями, в том числе расстройствами белкового обмена. Применение компьютерной томографии позволило выявить саркопию у 68% больных с псевдотуморозным или тяжелыми формами кальцифицирующего панкреатита. Саркопия по полученным предварительным данным реже встречается у больных хроническим панкреатитом с избыточной массой тела. Применение компьютерной томографии открывает новые возможности для изучения метаболических расстройств в данной группе больных.

## САРКОПИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лядов В.К., Буланова Е.А., Синицын В.Е.

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития РФ» Москва, Россия

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку индекса массы тела (ИМТ) и уровня саркопии (выраженного снижения мышечной массы) как возможных прогностических факторов при раке поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучены истории болезни 20 пациентов с раком головки и тела поджелудочной железы, оперированных в 2009-2011 гг. Среди больных было 10 мужчин и

10 женщин в возрасте от 47 до 82 лет. Всем пациентам была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция. Компьютерную томографию выполняли во всех случаях для уточнения диагноза, стадирования опухоли и оценки ее резектабельности.

Для оценки саркопии определяли площадь ( $\text{см}^2$ ) мышечной ткани по двум последовательным аксиальным срезам, выполненным на уровне тела третьего поясничного позвонка. На каждом срезе

была рассчитана сумма площадей всех поперечно-полосатых мышц, затем получено ее среднее арифметическое значение. Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры на уровне тела L3 позвонка к квадрату роста пациента определяло «скелетно-мышечный индекс L3». Пороговым значением индекса, ниже которого состояние расценивали как саркопению, считали  $52,4 \text{ см}^2/\text{м}^2$  для мужчин и  $38,5 \text{ см}^2/\text{м}^2$  для женщин.

ИМТ рассчитывали по стандартной методике, считая пределами нормальных значений  $18,6\text{--}24,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ .

**Результаты.** Среднее значение ИМТ для всей группы обследованных больных составило  $24,6 \pm 3,6 \text{ кг}/\text{м}^2$ , что находится в пределах нормальных значений. Масса тела была снижена всего у 1 больного (ИМТ —  $18,2 \text{ кг}/\text{м}^2$ ). У 7 больных масса тела была избыточной (ИМТ —  $25,0\text{--}29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ ), у 1 больного отмечено ожирение (ИМТ —  $33,6 \text{ кг}/\text{м}^2$ ).

Саркопения на основании значений «скелетно-мышечного индекса L3» была выявлена у 14 (70%) из 20 исследованных пациентов. Среднее значение индекса составило  $44,7 \pm 5,6 \text{ см}^2/\text{м}^2$  у мужчин и  $35,7 \pm 3,8 \text{ см}^2/\text{м}^2$  у женщин. При этом саркопения

была выявлена у 6 из 8 пациентов с повышенной массой тела.

Анализ частоты осложнений в послеоперационном периоде не показал статистически значимых различий. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 11 (55%) пациентов из 20, в том числе у 8 (57%) из 14 пациентов с саркопенией.

В то же время, летальные исходы отмечены только среди больных с саркопенией (3 случая).

**Заключение.** Саркопения более точно, чем ИМТ, отражает уровень метаболических расстройств у больных раком поджелудочной железы. Наличие саркопении не зависит от ИМТ. Компьютерная томография, являясь стандартным методом диагностики рака поджелудочной железы, позволяет также путем расчета «скелетно-мышечного индекса L3» оценить уровень саркопении. Поскольку уровень метаболических расстройств является важным фактором при хирургическом и комбинированном лечении рака поджелудочной железы, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения феномена саркопении, как прогностического фактора у данной категории больных.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оптимизировать современные возможности ранней диагностики инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы (ИПО ПЖ) для выбора адекватного варианта хирургического лечения.

Изучены результаты обследования и лечения 68 пациентов по поводу органического гиперинсулинизма (ОГИ): инсулинома выявлена у 76% больных, гиперплазия В-клеток островков Лангерганса — у 15%, микроаденоматоз — у 9%. Хирургическому лечению подвергли 56 пациентов. Оценены современные возможности гормонального анализа (уровень гипогликемии, иммунореактивного инсулина, С-пептида), высокоинформативных лучевых методов исследования (УЗИ, КТ, СКТ, МРТ), световой микроскопии и иммуногистохимических методик в дифференциальной диагностике форм ОГИ. Установлено, что лабораторные методы исследований позволяют верифицировать ОГИ с чувствительностью 92%. Лучевые методы исследования не всегда обеспечивали топическую диагностику инсулиномы в поджелудочной железе, чувствительность УЗИ, КТ, СКТ и МРТ со-

ставляли 66%, 64%, 75% и 62% соответственно. Внедрение в последние годы интраоперационного УЗИ поджелудочной железы с биопсией и морфологическим экспресс-изучением аргирофильным методом Гримелиуса позволило повысить чувствительность топической и дифференциальной диагностики форм ОГИ до 93% и определить адекватный вариант оперативного вмешательства.

Инсулиномы чаще находились в теле и хвосте поджелудочной железы (88%) и, как правило, были одиночными (93,8%). Анализ результатов оперативных вмешательств показал, что при поверхностном расположении и небольших размерах инсулиномы, а также отсутствии патологических изменений в окружающей ткани железы, рациональным вариантом операции является энуклеация опухоли. При локализации опухоли в толще железы, при расположении их рядом с селезеночными сосудами и главным панкреатическим протоком, а также при множественных инсулиномах и признаках их злокачественного роста операцией выбора следует считать дистальную резекцию поджелудочной железы. Об этом свидетельствуют результаты

морфологических и иммуногистохимических исследований: высокодифференцированные инсулиномы верифицированы у 80,4% больных, с неопределенным потенциалом злокачественности — у 3,3% и злокачественные — у 16,3%. Краевая резекция и особенно “слепая” дистальная резекция поджелудочной железы у больных с гиперплазией В-клеток островков Лангерганса патогенетически необоснованна и имеет большое число осложнений и характеризуется неудовлетворительными результатами.

Таким образом, дооперационная диагностика ИПО ПЖ в сочетании с лапароскопической ульт-

развуковой ревизией поджелудочной железы и морфологическим исследованием биоптата позволяют верифицировать форму заболевания в 93% случаев. Выбор варианта операции необходимо определять не только с учетом формы заболевания и локализацией инсулиномы, но и результатами срочного морфологического исследования. Представляется перспективным внедрение радиоизотопных скинтиграфических методик как для диагностики, так и лечения доброкачественных и злокачественных инсулином в рамках комбинированного лечения.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Майстренко Н.А., Нечай А.И., Стукалов В.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Внедрение новых диагностических и лечебных технологий не привело к ожидаемому снижению числа больных с резидуальным холедохолитиазом (РХ), частота которого даже в специализированных учреждениях достигает 9% случаев, а летальность после повторных операций по поводу РХ в отдельных стационарах — 10%.

Представлены результаты комплексного обследования и лечения 803 пациентов с РХ после различных видов операций по поводу желчнокаменной болезни, 94 из которых первично оперированы в клинике факультетской хирургии им. С.П. Федорова, остальные 709 — в других учреждениях Санкт-Петербурга и Российской Федерации.

Для диагностики РХ использованы как клинические данные, так и результаты использования УЗИ, ЭРХПГ, МРХПГ и других лучевых методик.

Анализ причин РХ позволил выделить их объективный и субъективный характер.

Эффективность лучевых методик выявления РХ колебалась в пределах от 51,1% при УЗИ до 94,2% — при ЭРХПГ.

Неоперативное устранение РХ через дренаж или свищевой ход реализовано у 439 человек и было эффективным в 95,2% случаев.

273 пациента были подвержены ЭПСТ с эффективностью вмешательства 91,3%.

И, наконец, 91 больной оперирован повторно в связи с неэффективностью неоперативного устранения камней и ЭПСТ.

Частота осложнений после неоперативного устранения РХ составила 4%, после ЭПСТ — 7,2% и 5,8% — в результате повторных и лапароскопических операций. При неоперативном устранении РХ летальных исходов не было, после ЭПСТ и повторных операций — 0,9% и 4,4% случаев соответственно.

Несмотря на постоянно расширяющиеся возможности устранения резидуального холедохолитиаза, снижения числа осложнений и процента летальности, основной задачей современной желчной хирургии является профилактика данного осложнения желчнокаменной болезни.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С ПОЗИЦИЙ ТЕРАПЕВТА И ХИРУРГА

Майстренко Н.А., Гриневич В.Б., Прядко А.С., Сас Е.И.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы хронического панкреатита (ХП) обусловлена значительной распространенностью заболевания, полиморбидностью современного пациента, высокими показателями осложнений, инвалидизации и летальности.

Данное сообщение представляет собой анализ результатов комплексного обследования и лечения 452 больных ХП, 238 из которых были подвергнуты различным оперативным вмешательствам с применением открытых и малоинвазивных технологий.

Программа всестороннего обследования включала общеклиническую оценку больных, лабораторные и инструментальные исследования, данные которых использовались для разделения пациентов согласно Марсельско-Римской классификации (1988). Особое внимание было уделено изучению микробно-тканевого комплекса кишечника (МТКК), влияющего на основные гомеостатические процессы при ХП.

Выполненные исследования показали, что инципация и прогрессия воспалительных изменений поджелудочной железы (ПЖ) во многом определяются состоянием МТКК. Успех консервативного лечения больных ХП был обусловлен подбором лиц для решения двух основных задач: обеспечения функционального покоя ПЖ с разрешением дисфункции сфинктера Одди и гипертензии вирсунгова протока, а также нивелирования цитокиновой агрессии, компенсации внешнесекреторной недостаточности ПЖ и, наконец, метаболической терапии и нормализации МТКК.

238 больным выполнены хирургические вмешательства: при кальцифицирующем ХП — у 51, при преимущественном поражении головки ПЖ — у 42, по поводу обструктивной формы ХП — 60 пациентов и при кистозном поражении — 85 человек.

В каждой из групп больных операции носили дифференцированный характер. Так, при кальцифицирующем ХП наиболее частным вмешательством была панкреатикоеюностомия, при обструктивной форме — эндоскопическая папиллосфинктеротомия, изолированная или в сочетании лапароскопической холецистэктомией и пр. Послеоперационная летальность составила 1,7% наблюдений.

Таким образом, следует признать необходимость более широкого взгляда на проблему хронического панкреатита для реализации высоких возможностей выделения адекватности консервативной терапии и обоснования дифференцированного подхода к выделению лиц, требующих оперативного лечения.

## АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Малашенко В.Н., Агапитов Ю.Н., Кетипеараччи В.И.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

**Актуальность.** В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных с синдромом механической желтухи, грозным осложнением, которой является холангит, нередко приводящий к развитию полиорганной недостаточности (ПОН) и послеоперационной смертности, достигающей 15-20%, особенно в группе больных с высоким операционным риском. Поэтому активное выявление холедохолитиаза в безжелтушный период является актуальной задачей хирургии.

**Материалы и методы.** С целью активного выявления признаков холедохолитиаза у больных желчнокаменной болезнью и разработки мероприятий по профилактике механической желтухи провели оценку диагностической эффективности клинико-анамнестических, лабораторных, ультразвуковых и рентгеноконтрастных методов исследований у 222 больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой; 92 (41,4%) из них поступили с «постхолецистэктомическим синдромом» (ПХЭС), 61 (27,5%) — с острым холециститом и 69 (31,1%) — с хроническим холециститом.

**Обсуждение.** УЗИ позволяет достоверно дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной по наличию расширения желчевыводящих путей, однако установить причину механической

желтухи удалось лишь у 80% больных. С помощью рентгеноконтрастных методов исследования причины непроходимости желчных протоков были установлены у 221 (99,54%) пациента. Сравнение результатов рентгеноконтрастных методов исследования с данными УЗИ показало, что при УЗИ неправильно оценены размеры камней у 46% больных, количество конкрементов — у 58% пациентов, и отсутствовала информация о состоянии терминального отдела холедоха. Поэтому основным методом диагностики причин механической желтухи, позволяющим получить информацию о состоянии терминального отдела холедоха, считаем эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ).

Наиболее информативными признаками являются: приступы холецисто-панкреатита в анамнезе с возможными эпизодами желтух, повышение уровня фермента гаммаглутамилтранспептидазы, наличие мелких конкрементов в желчном пузыре, диаметр холедоха от 0,8 см и более с наличием или отсутствием в нем теней конкрементов, диффузные изменения поджелудочной железы, наличие околососочкового дивертикула, папиллита, крупные конкременты в желчном пузыре в сочетании с вышеперечисленными признаками. При сочетании этих



факторов в группу риска были отобраны 79 больных. После ЭРПХГ конкременты выявили у 49 (62%) пациентов. Использование данной тактики у 49 больных в предоперационном периоде позволило уменьшить объем оперативных вмешательств и избежать развития механической желтухи и повысить эффективность эндоскопической санации желчных путей.

Таким образом, холедохолитиаз возникает у большинства больных в результате замедления оттока химически измененной желчи из холедоха

или из-за попадания в него камней через широкий пузырный проток. Многократное их отхождение в двенадцатиперстную кишку со временем приводит к вторичному сужению дистального отдела холедоха и замедлению оттока желчи. Эти нарушения должны активно диагностироваться у больных группы риска с помощью ЭРПХГ и корректироваться ЭПСТ с литоэкстракцией до возникновения желтухи. Лучшим способом профилактики холедохолитиаза является выполнение холецистэктомии камненосителям малоинвазивным способом.

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Малюга В.Ю., Климов А.Е., Федоров А.Г., Габоян А.С., Давыдова С.В., Куприн А.А.

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

**Цель исследования.** Показать роль малоинвазивных вмешательств в лечении псевдокист поджелудочной железы (ПКПЖ).

**Материалы и методы.** В исследуемую группу вошли 35 больных с ПКПЖ (за период 2000 — 2011 гг.). Выделены три группы больных в зависимости от выполненных манипуляций: транспапиллярные эндоскопические (ТПЭВ) — 20 (57,1%) больных, трансмуральные эндоскопические (ТМЭВ) — 7 (20%) и эхоконтролируемые чрескожные дренирующие вмешательства (ЭКЧВ) — 8 (22,9%) больных. Средний возраст больных —  $46,7 \pm 14,7$  лет. Соотношение женщин и мужчин — 1:4. Деструктивный панкреатит в анамнезе был у 13 (37,1%) человек. Показаниями для оперативного вмешательства являлись: длительный болевой синдром (29 больных), механическая желтуха (9 больных) и нагноение кисты (8 больных).

Комплексное обследование (данные анамнеза, УЗИ с дуплексным сканированием сосудов, СКТ с болюсным контрастированием, ЭГДС, эндосонография, определение онкомаркеров СА 19-9, РЭА, ЭРХПГ) позволяло установить диагноз ПКПЖ.

Ключевым моментом в определении тактики лечения являлась выявленная при ЭРХПГ связь полости кисты с главным панкреатическим протоком (ГПП) — I группа, 20 (57,1%) больных. В тех случаях, когда имелась связь полости кисты с ГПП выполняли ТПЭВ. Эндопротезирование ГПП выполнено в 15 (42,9%) случаях. В 2 случаях киста имела значительные размеры и пролабировала через стенку двенадцатиперстной кишки, поэтому после стентирования протока вмешательство дополнено ТМЭВ. При невозможности установить

стент проксимальнее дефекта ГПП, выполняли транспапиллярную цистодуоденостомию с установкой стента в полость кисты — 5 (14,3%) больных.

У 7 больных (II группа) сообщения протоков ПЖ с кистой не выявлено. Пациентам производились ТМЭВ. Цистодуоденостомию и цистогастростомию выполнили в 6 (17,1%) и 1 (2,9%) случаях соответственно. Главными условиями выполнения ТЭМВ являлись: локализация кисты (головка или тело), наличие анатомической связи стенок кисты и желудка или двенадцатиперстной кишки (толщина не должна превышать 5-7 мм).

При отсутствии связи полости кисты с системой ГПП и невозможности выполнения ТМЭВ, производили дренирующие операции под контролем УЗИ-датчика — III группа, 8 (22,9%) больных.

**Результаты.** В послеоперационном периоде полная миграция стента имела место в 1 (2,9%) случае, кровотечение из соустья цистогастротомы возникло у 1 (2,9%) больного. В отдаленном периоде (от 3 месяцев до 6 лет) наблюдали 24 больных. Полный регресс кисты достигнут у 19 (79,2%) больных (ТПЭВ — 11; ТМЭВ — 5, ЭКЧВ — 3). В 4 (6,7%) случаях размер кисты значительно уменьшился. Продолжается наблюдение данной группы больных. Рецидив кисты отмечен у 1 (4,2%), пациента по поводу чего выполнили открытую дренирующую операцию.

**Выводы.** Малоинвазивные методики при лечении псевдокист поджелудочной железы могут быть использованы на современном этапе и становятся эффективной альтернативой традиционному хирургическому лечению у больных с хроническим панкреатитом.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ОКОЛО И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ГЕМАТОМ И АБСЦЕССОВ

Мамошин А.В., Борсуков А.В., Васильев П.Ю.

Областная клиническая больница, Орел,

ПНИЛ «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии», Смоленск,

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Целью исследования явилась оценка возможностей диагностики и лечения около и внутрипеченочных гематом и абсцессов с использованием возможностей малоинвазивных технологий под контролем ультразвуковой томографии.

Клинико-инструментальному обследованию и лечебным малоинвазивным вмешательствам подвергнуто 42 пациента с около и внутрипеченочными гематомами и абсцессами. Мужчин было 25, женщин — 17. Средний возраст пациентов —  $53,2 \pm 2,5$  г.

Внутрипеченочное расположение патологического очага по результатам ультразвуковой томографии достоверно установлено у 14 (33,3%) больных, около печеночные — у 28 (66,7%) больных. Все пациенты с около и внутрипеченочными патологическими очагами были подвергнуты перкутанной пункции и дренированию полостей. Причинами формирования внутрипеченочных абсцессов явились: травма печени у 5 (38,%) пациентов (инфицированные гематомы — 2 случая и биломы — 3 случая); сепсис — в 3 (23%) случаях; холангиогенный характер выявлен у 1 (7,7%) больного.

При околопеченочной локализации гематомы выявлены в 14 (50%) случаях, биломы — в 12 (42,8%) случаях, абсцессы, не связанные с поражением желчных путей — у 2 (7,2%) пациентов. Околопеченочные образования после оперативных вмешательств встретили в 21 (75%) случае, из них в равной степени после лапароскопической (9 случаев) и открытой холецистэктомии (9 случаев). Острый воспалительный процесс в желчном пузыре явился причиной около печеночных образований у 3 пациентов, травма печени — у 4 пациентов.

При внутрипеченочной локализации отмечали преимущественное поражение правой доли печени (92,8%). Для околопеченочных образований преимущественно характерна была подпеченочная локализация (22 (78,6%) пациента), с наиболее частым расположением в ложе желчного пузыря (68,2%). Сочетание подпеченочного и надпеченочного расположений с абсцессами других отделов брюшной полости встретилось у 2 (7,1%) пациентов. Размеры образований варьировали в пределах от 1,5 до 15 см.

У 42 пациентов выполнено 46 перкутанных дренирований, из них в 15 случаях выполнено крупнокалиберное дренирование (36 Fr) с использованием известной техники телескопической дилатации чрескожного доступа и последующей инструментальной ревизией полости под ультразвуковым контролем в 5 случаях. Полноту санации полости контролировали рентгенологически и при динамическом ультразвуковом исследовании. Время стояния дренажей варьировало в пределах от 6 до 52 дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $15 \pm 2,3$  дней. 23 пациента было выписано в удовлетворительном состоянии с дренажом с последующим амбулаторным наблюдением. Дренажи удаляли при отсутствии отделяемого, полостей и затеков контраста при ультразвуковом исследовании и фистулографии. Летальных исходов и осложнений, связанных с малоинвазивными вмешательствами не наблюдали. Малоинвазивные технологии под контролем ультразвуковой томографии оказались эффективными у 25 (89,2%) пациентов с околопеченочными и у всех пациентов с внутрипеченочными гематомами и абсцессами

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНЫХ И АСИМПТОМНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Накашидзе М.Д., Головин А.В., Парадий З.З., Минин Ю.Б.**  
*Кафедра хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последипломного образования  
им. П.Л. Шупика,*

*Хирургическое отделение Киевской областной клинической больницы, Киев, Украина*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость ЖКБ и количество связанных с нею осложнений неуклонно увеличиваются.

Несмотря на современные методы диагностики часто холедохолитиаз (ХЛ) не диагностируется до холецистэктомий, при так называемом атипичном и асимптомном холедохолитиазе, что приводит к развитию резидуального холедохолитиаза и повторным оперативным вмешательствам.

**Цель исследования:** совершенствование диагностики атипичных и асимптомных форм холедохолитиаза с помощью современных методов диагностики.

**Материалы и методы.** Для того, чтобы выяснить особенности клинического течения атипичного и асимптомного ХЛ, диагностики и лечения были взяты для анализа данные всех больных, которые находились на стационарном лечении по поводу желчнокаменной болезни в клинике хирургии Национальной медицинской академии имени П.Л. Шупика на базе Киевской областной клинической больницы с 2001 по 2008 гг. Всего за это время поступило 2774 больных с желчнокаменной болезнью. ЖКБ, осложненную ХЛ выявили у 507 (18,2%) больных.

В основу работы положены результаты исследования и лечения больных с ЖКБ, осложненным атипичным и асимптомным холедохолитиазом. Основную группу составили 69 больных с атипичным и 33 больных с асимптомным ХЛ.

Всем больным разных групп для верификации диагноза и сопутствующих заболеваний проводили стандартный комплекс клинических и лабораторных исследований.

Кроме того, из инструментальных методов диагностики применяли: электрокардиографию,

рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), интраоперационную холангиографию (ИОХГ), холедохоскопию (ХС), фистулографию (ФГ), эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ). Консультации специалистов проводили по показаниям.

**Выводы.** При атипичном и асимптомном ХЛ из основных клинических проявлений боль отметили у 75,3% и 21,2%, желтуху при поступлении или в анамнезе — у 41,9% и у 6,0% и лихорадку — у 14,4% и у 15,1% соответственно. Характерно повышение лабораторных данных: общего билирубина, АЛТ, АСТ, холестерина, но самой большой чувствительностью обладают гамаглутамилтранспептидаза, глутаматдегидрогеназа, щелочная фосфатаза (от 66,6% до 82,6%).

Показаниями к МРХПГ являются наличие факторов повышенной вероятности холедохолитиаза. МРХПГ позволяет с высокой достоверностью диагностировать конкременты общего желчного протока при холедохолитиазе. Чувствительность метода остается высокой не только при диаметре конкремента 2-10 мм и более (100,0% в обоих случаях), но и при диаметре до 2 мм — 90,0% (со средней точностью 97,6%) она не зависит от диаметра холедоха. Метод неинвазивный, не имеет осложнений и лучевой нагрузки.

Выбор метода хирургического лечения должен быть дифференцированным и зависеть общего состояния больного, от возможности дооперационной диагностики, характера болезни и технических возможностей проведения двухэтапных и одноэтапных лапароскопических вмешательств.

## ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФАТЕРИАЛЬНЫМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ

Мандриков В.В., Гушул А.В., Мишарева Н.С.

Клиника №1 ГОУ ВПО Волгоградского государственного медицинского университета  
Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

В клинике факультетской хирургии ВолГМУ за 2006 — 2011 гг. были выполнены 478 транспапиллярных вмешательств для коррекции нарушений желчеоттока. У 127 пациентов были выявлены юкстапапиллярные дивертикулы.

Использование различных методик визуализации большого дуоденального сосочка (БДС) позволяет оценить возможность выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, то есть получить анатомическое обоснование безопасному рассечению сфинктерного аппарата БДС и терминального отдела холедоха, а также выбрать правильное направление и протяженность папиллосфинктеротомии.

Считаем, что основным методом диагностики дивертикулов папиллярной области двенадцатиперстной кишки является дуоденоскопия (ДС), выполняемая эндоскопами с боковой оптикой. ДС позволяет установить локализацию, форму, размеры и количество дивертикулов, оценить состояние их слизистой, а также оценить топографические взаимоотношения дивертикула с продольной складкой БДС, визуализировать его устье, заподозрить патологические изменения со стороны интрапанкреатического отдела общего желчного протока и БДС.

Абсолютным противопоказанием для выполнения ЭПСТ считаем расположение устья БДС интрадивертикулярно. Как альтернативу папиллотомии применяем баллонную гидродилатацию БДС, позволяющую минимизировать риск осложнений, связанных с непосредственным рассечением папиллы. У 9 больных перепапиллярные дивертикулы сочетались со стенозом устья БДС, таким пациентам выполняли комбинированную папиллодилатацию (баллонная гидродилатация с предрассечением устья БДС).

В клинической практике мы выделяем следующие варианты расположения устья БДС: 1) в крае устья дивертикула; 2) в стенке дивертикула; 3) в шейке дивертикула, под «крышей» его устья; 4) в дне дивертикула; 5) между двумя дивертикулами. Канюляция ампулы БДС при первом и последнем вариантах вызывает наименьшие затруднения. В других случаях необходимо применение специальных эндоскопических приемов, позволяющих вывести ампулу БДС на одну ось с интрамуральным отделом холедоха.

Выполнение комбинированных транспапиллярных вмешательств у пациентов с парафатериальными дивертикулами осложнилось в 2 (1,6%) наблюдениях кровотечением из зоны папиллотомии, которое остановлено методом комбинированного эндогемостаза (баллонная компрессия и подслизистая инфильтрация раствором сосудосуживающих средств). Транзиторную гиперамилазимию наблюдали в 11,8% случаев (у 15 пациентов), ретродуоденальных перфораций не было. При выполнении баллонной гидродилатации БДС осложнений не наблюдали. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила  $8 \pm 2,3$  дня. Повторные вмешательства в виде программной ревизии холедоха были выполнены 12 пациентам с холедохолитиазом и рестентированием холедоха.

**Выводы.** Наличие дивертикулов папиллярной области не является противопоказанием для выполнения транспапиллярных вмешательств. Баллонная гидродилатация БДС является методом выбора при коррекции синдрома желчной гипертензии у больных с парафатериальными дивертикулами, так как помогает минимизировать риск развития осложнений.

## СПОСОБ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СО<sub>2</sub>-ЛАЗЕРА

Мартин А.А., Гениц А.В.

ФГУ Государственный научный центр лазерной медицины, Москва, Россия

**Цель исследования.** Уменьшить интраоперационную кровопотерю при анатомических резекциях печени путем пересечения порталных вен второго порядка СО<sub>2</sub>-лазером на специально компрессирующем зажиме с получением лазерной сварки краев

пересеченных сосудов и формированием в их культих «лазерных тромбов».

**Материалы и методы.** С 1987 по 2000 гг. по предлагаемой методике в клинике Московского областного центра лазерной хирургии было выпол-



нено 2 гемигепатэктомии (право и левостронние) при травматических разрывах печени с повреждением долевых сосудисто-протоковых образований: при прорастании рака желудка в левую долю печени — 1 и резекции различных сегментов печени при травмах и метастатических поражениях — 5. Осложнений и летальных исходов не было.

Операцию анатомической резекции печени мы начинали с уточнения объема и характера патологических изменений печеночной паренхимы с учетом сегментарного строения печени. При травматических повреждениях печени с массивным гемоперитонеумом и выраженным травматическо-геморрагическим шоком состояние больного не позволяло выполнить каких-либо исследований. Хирург был вынужден немедленно сориентироваться в объеме и характере повреждения, определить оптимальную хирургическую и реанимационную тактику и приступить к немедленной ее реализации. Если принималось решение о необходимости немедленного выполнения анатомической резекции, необходимо было определить ее объем, линии рассечения Глисоновой капсулы и, если позволяла анатомическая ситуация, перевязать сосудисто-протоковую ножку подлежащих удалению сегмента или доли. При выраженном кровотечении применяли метод Прингла. Если кровотечение при этом не уменьшалось, исключали повреждение печеночных вен и нижней полой вены (НПВ). При такой ситуации в одном наблюдении пересекали Глисову капсулу рядом с НПВ и, выделив соответствующую печеночную вену, брали ее на турникет. Таким образом, отключали от кровообращения подлежащий резекции ковалыный сегмент печени. Далее производили разделение печеночной паренхимы в без-

сосудистых зонах в соответствии с сегментарным строением печени. Мы применяли при этом дигитоклазию, что позволило получить неповрежденные сосудисто-протоковые образования между краями разделяемой паренхимы. Под эти образования подводили нижнюю браншу-экран хирургического зажима, в верхней бранше которого, имевшаяся прорезь для воздействия лазерным лучем, после чего сосуды пересекали лазером в условиях дозированной компрессии. При этом происходило отжатие жидкого компонента из зоны лазерного разреза, что способствовало получению эффекта биологической лазерной сварки, а в культе пересеченных сосудов образовывали, так называемые, «лазерные тромбы», состоящие из форменных элементов крови. Это было подтверждено морфологическими исследованиями.

После снятия лазерного зажима кровотечения из пересеченных сосудов не отмечали. Для остановки паренхимотозного кровотечения, при необходимости применяли расфокусированное излучение того же лазера со следующими параметрами: мощность 40 Вт, расфокусированное излучение, расстояние от точки фокуса 6-8 см. В результате получали сухую рану. В некоторых случаях проводили гепатизацию ран печени путем наложения одиночных сводящих швов. Брюшную полость обязательно дренировали. Выполняли наружное дренирование желчных путей.

*Заключение.* Предлагаемый нами вариант анатомической резекции печени с элементами лазерной хирургической техники соответствует современному кровесберегающему направлению в хирургии печени и рекомендуется к внедрению в хирургическую практику. На метод получен федеральный патент.

## МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Махкамова М.Н., Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Джамалов С.И.**

*Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент. Узбекистан*

Центральная Азия относится к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококкоза. Уровень пораженности составляет от 6 до 9 человек на 1000 населения. Между тем, диагностика, а главное выбор хирургической тактики при данной тяжелой патологии, до конца не решены.

*Материалы и методы.* В нашей клинике с 2000 по 2010 гг. оперировано 606 больных по поводу эхинококкоза печени с различной локализацией кист. В начале 70-годов при локализации кисты в правой доле печени операцию проводили через межреберный доступ (Кохера, Федорова и т.д.), а в левой доле через срединный лапаротомный раз-

рез. Здесь всегда применяли широкий доступ к кисте, даже если она располагалась поверхностно по краю доли печени.

Нами оперированы 42 больных через минилапаротомный доступ (до 4 см). Женщин было 27, мужчин — 15. Для выбора метода операционного доступа мы использовали самый простой метод диагностики (УЗИ), которое дает возможность определить размеры кист, четкое расположение и сведения о характере содержимого. Операционный доступ к кистам изменялся индивидуально под контролем УЗИ. При наличии кисты в области ворот, I сегмента печени применяли лапаротомный доступ;

в случае расположения кисты в области V-VI сегментов — через подреберный разрез; кисты, расположенные в области VII-VIII сегментов — через VI-VII межреберный торакофреникотомный разрез.

Минилапаротомию срединным доступом произвели 26 больным, подреберным — 13 и торакофреникотомным доступом — в 2 случаях. Остаточные полости в 11 случаях ушиты наглухо, краевая резекция печени произведена в 17 случаях, остаточная полость дренирована и произведена оментопластика в 9 случаях. А в 15 случаях операция завершена дренированием остаточной полости, из них в 8 случаях было нагноение кисты. В послеоперационном периоде у больных с оментопласти-

кой и дренированием после выявления поданным УЗ-контроля отсутствия остаточной полости на 5-6 сутки дренажные трубки удаляли. Из 15 дренированных кист в 6 случаях дренажи удалили на 8-9 сутки после УЗ-контроля, а 9 больных выписаны с дренажными трубками, которые удалили на 21-37 сутки амбулаторного наблюдения.

Таким образом, малоинвазивная хирургия оправдывает свои функциональные действия в лечении одиночных кист диаметром до 10 см при краевом расположении и нагноившихся кистах через минилапаротомные доступы. Метод является малотравматичным и эффективным в лечении эхинококковых кист печени.

## АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

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

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

**Цель исследования.** Изучить результаты комплексного поэтапного оперативного лечения больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненными развитием механической желтухи.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы ГКБ СМП г. Душанбе за последние 12 лет накоплен опыт лечения 189 больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 82 лет.

Причиной развития механической желтухи была обструкция: билиарных протоков злокачественной опухолью печени у 89 (47,1%) пациентов; головкой поджелудочной железы — у 28 (14,8%), желчного пузыря — у 17 (9,0%), холедоха — у 2 (1,1%), большого дуоденального сосочка — у 5 (2,6%) и гепатодуоденальной зоны — у 48 (25,4%) больных.

Продолжительность заболевания составила от 8-11 дней до 2-4 месяцев. Клиническая картина заболевания складывалась из синдромов холемической интоксикации и печеночной недостаточности. Интенсивность холестаза была различной, от субклинических проявлений гипербилирубинемии до выраженной желтухи и зависела от уровня обструкции и продолжительности заболевания.

Для диагностики больным проводили клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, КТ, МРТ).

**Результаты и их обсуждения.** Для улучшения результатов хирургического лечения больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, использовали комплексную многоэтапную лечебную тактику, как в период предоперационной подготовки, так и во время послеоперационного введения. Она включала в себя: инфузионную терапию; дооперационную мининвазивную и эндоскопическую декомпрессию желчных протоков (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, чрескожная чреспеченочная холангиостомия); методы экстракорпоральной детоксикации (энтеросорбция, гемосорбция, плазмафорез) и методы лазерной терапии.

Из 189 больных с опухолями органов ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, оперировано 178 (94,2%), выполнено 213 операций. У 11 пациентов произвести как радикальную, так и паллиативную желчеотводящую операцию не удалось, и больные были направлены для проведения лучевой и химиотерапии.

У 178 больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, выполнены следующие операции: панкреатодуоденальная резекция (2), резекция большого дуоденального сосочка (1), резекции печени (73), холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз (4), холецистэктомия, гепатикодуоденоанастомоз (29), бигепатикоеюноанастомоз (4), холецистэктомия (28), холецистоэнтеростомия (33), гепатикостомия (7), эндоскопиче-

ская папиллосфинктеротомия (19) и эксплоративная лапаротомия (11).

Послеоперационные осложнения отмечены у 28 (15,7%) больных: острая печеночная недостаточность — 22, желчеистечение — 3 и кровотечение — 3. Послеоперационная летальность составила 9,5%, основной причиной летального исхода была печеночная недостаточность.

**Заключение.** Применение комплексного многоэтапного лечения больных с опухолями ГПДЗ, осложненными развитием механической желтухи, с использованием комбинированных методов предоперационной подготовки и последующим оперативным вмешательством, способствует значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

## НОВЫЕ ВАРИАНТЫ ЗАЩИТЫ БИЛИО- И ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

**Актуальность.** Несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов, кровотечение из культи поджелудочной железы остаются грозными осложнениями панкреатодуоденальной резекции и обуславливают высокую летальность.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с периампулярными опухолями.

**Материалы и методы.** Анализированы и представлены результаты лечения 66 больных с дистальной обструкцией билиарного тракта вследствие наличия периампулярной опухоли, которым выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР). В 36 случаях (основная группа) с целью профилактики несостоятельности анастомоза и кровотечения были использованы следующие технические приемы: полное наружное отведение желчи и панкреатического сока с культи железы на каркасных дренажах на период заживления анастомозов, наложение кисетного шва на культю поджелудочной железы отступя 0,5 см от края и затягивание его до уплотнения ткани железы, подкожное введение сандостатина в дозировке 1 мл 1 раз в сутки. В группе сравнения (30 больных), ПДР выполнена по общепринятой методике операции и ведения послеоперационного периода.

**Результаты и обсуждение.** В контрольной группе в послеоперационном периоде осложнения

отмечены в 9 (30,0%) случаях: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза — 4; несостоятельность гепатикохоледохоеюноанастомоза — 1; несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов — 2; кровотечение из культи поджелудочной железы — 2. Послеоперационная летальность составила 13,3%, летальные исходы были обусловлены распространенным перитонитом. Медиана общего срока стационарного лечения составила 25,4±2,6 дней. В основной группе осложнения отмечены в 2 случаях в виде местного перитонита в результате выхода содержимого выключенной по Ру петли тощей кишки в месте выведения каркасных дренажей на переднюю брюшную стенку (по типу подвесной энтеростомы). В данной группе больных летальные исходы не отмечены. Медиана общего периода стационарного лечения больных составила 16,4±1,7 дней.

**Выводы.** Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на каркасных дренажах и ушивание культи поджелудочной железы кисетным швом на фоне терапии сандостатином обеспечивают надежную защиту указанных анастомозов и предупреждают развитие в послеоперационном периоде профузных эрозивных кровотечений из культи поджелудочной железы.

## ПОКАЗАНИЯ И МЕТОДИКИ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ФИБРОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Меджидов Ш.Р.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

**Цель исследования.** Оценить возможности и уточнить показания к внутреннему дренированию фиброзной полости печени после удаления эхинококковой кисты в III фазе жизнедеятельности.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет под нашим наблюдением находилось 669 больных с эхинококкозом печени. В 103 (15,4%) наблюдениях имела место центральная локализация средних и больших эхинококковых кист в III фазе жизнедеятельности. Во всех случаях после эхинококкэктомии отмечены цистобилиарные свищи и в 32 (31,1%) наблюдениях обызвествление фиброзной капсулы. Операция эхинококкэктомия из печени в 71 (68,9%) случае завершена наружным дренированием остаточной полости, а в 32 (31,1%) — внутренним дренированием путем формирования цистодигестивного анастомоза с выключенной по Ру петлей тощей кишки. Длина выключенной петли составляла более 60 см с целью профилактики рефлюкс-холангита. Вариант формирования цистодигестивного анастомоза зависел от локализации кисты (правая или левая доля печени) и выступания кисты над висцеральной или диафрагмальной поверхностями печени.

**Результаты.** Интраоперационные осложнения в сравниваемых группах не отмечены. Медиана длительности операции в контрольной группе со-

ставляла  $91,6 \pm 7,8$  мин, в основной —  $122,4 \pm 6,5$  мин. Послеоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 15,6% случаев, в основном гнойно-воспалительного характера, а в основной — у 6,2% больных (явления холангита). Несостоятельности анастомозов не отмечено. Медиана общего срока госпитализации больных в основной группе составила  $12,2 \pm 1,6$  к/дней, в контрольной —  $22,4 \pm 2,1$  к/дней. Медиана длительности нахождения дренажа в фиброзной полости с наружным желчеистечением в контрольной группе больных составила  $42,6 \pm 6,5$  дней. В контрольной группе 26 (36,6%) пациентов повторно госпитализированы в стационар для коррекции нарушений гомеостаза. Летальных исходов среди сравниваемых групп больных не было.

**Заключение.** При остаточных полостях с множественными цистобилиарными свищами и обызвествлением фиброзной капсулы лучшим вариантом завершения эхинококкэктомии из печени является внутреннее дренирование фиброзной полости путем формирования цистодигестивного анастомоза.

## ТОТАЛЬНАЯ ЦИСТПЕРИЦИСТЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИССЕКТОРА «SÖRING» ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Султанова Р.С.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

Радикальные хирургические вмешательства при эхинококкозе печени имеют явные преимущества перед другими методиками и значительно снижают рецидив заболевания.

**Цель исследования.** Оценить возможности и уточнить эффективность цистперицистэктомии с помощью ультразвукового диссектора «Söring» при эхинококкозе печени.

**Материалы и методы.** В исследование включены 36 пациентов с монокистозным эхинококкозом печени: в правой доле — в 27 (75,0%) случаях, в левой доле — в 9 (25,0%); диаметр кист варьировал в пределах от 10,0 до 22,0 см; 1-я фаза жизнедеятельности — у 5 (13,8%), 2-я «А» — у 10 (27,4%), 2-я «Б» — у 8 (22,2%), 3-я — у 13 (36,1%). Кисты в правой доле были локализованы: в V-VI сегментах — 11 (30,5%), в VI-VII сегментах — 15 (41,6%), в VII и, частично, VIII сегментах — 1 (2,7%). Во всех случаях выполнено радикальное лечение — цистперицистэктомия с использованием ультразвукового диссектора «Söring» (Германия). Группу сравнения составили 39 пациентов, которым была выполнена тотальная цистперицистэктомия без применения ультразвукового

диссектора (дигитальное разделение паренхимы + диатермокоагуляция + лигирование и пришивание трубчатых структур печени).

**Результаты и обсуждение.** Технический успех в выполнении радикальной операции с применением ультразвукового диссектора при эхинококкозе печени отмечен в 100% случаев. Интраоперационная кровопотеря в основной группе составила  $220 \pm 15,6$  мл, тогда как в контрольной группе —  $530 \pm 30,5$  мл. Медиана продолжительности оперативного вмешательства в основной группе составила  $91,6 \pm 4,5$  мин, а в контрольной —  $114,5 \pm 6,7$  мин. Послеоперационные осложнения в основной группе больных не отмечены, а в контрольной группе в 2 наблюдениях имелся правосторонний экссудативный плеврит (в 1 случае выполнена плевральная пункция) и у 3 пациентов выявили жидкостные скопления вокруг печени в зоне операции (ликвидированы перкутанным пункционным дренированием под УЗ-наведением). При двухгодичном наблюдении рецидив заболевания в основной группе не отмечен, а в контрольной группе в 2 наблюдениях отмечено формирование рецидивной парази-



тарной кисты печени в зоне эхинококкэктомии. Ретроспективный анализ установил, что имело место вскрытие кисты в ходе выполнения оперативного вмешательства.

**Заключение.** Тотальная цистперикистэктомия является операцией выбора при эхинококкозе печени и ее выполнение с применением высоких технологий обеспечивает 100% выздоровление пациентов.

## ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ЖЕЛЧИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

**Мизгирев Д.В., Тарабукин А.В., Дуберман Б.Л., Поздеев В.Н.,**  
*Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия*

**Цель исследования:** оценка частоты инфицированности желчи при механической желтухе опухолевой этиологии, идентификация возбудителей с определением чувствительности к основным группам антибиотиков для оптимизации эмпирической антибиотикотерапии.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное рандомизированное исследование 62 больных с механической желтухой опухолевого генеза, пролеченных за период с октября 2007 по декабрь 2009 гг. в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска, у которых с целью декомпрессии желчевыводящих протоков (ЖВП) использовали срочную чрескожную чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым и рентгенологическим наведением с наложением наружной, наружно-внутренней холангиостомы, либо эндоскопическое транспапиллярное стентирование. Средний возраст больных —  $64,9 \pm 1,7$  лет. Выбор способа декомпрессии (наружное дренирование ( $n=21$ ), первичная реканализация сужения с наружно-внутренним дренированием ( $n=22$ ), транспапиллярное стентирование гепатикохоледоха ( $n=19$ )) осуществлялся рандомизацией методом «конвертов». Исследовали инфицированность желчи при первичной декомпрессии ЖВП. Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы SPSS 13.0 for Windows.

**Результаты.** Рост бактерий из желчи при механической желтухе получен в 51 (82,3%) случае, микроорганизмов не выявлено — в 11 (17,7%). Монокультура выделена в 32 (62,7%) случаях, ассоциации микроорганизмов — у 37,3% больных. При суммировании данных антибиотикограмм выявлено, что исследуемая микрофлора обладает высокой резистентностью к антибиотикам. Наибольшую чувствительность микрофлора показала к ципрофлоксацину (чувствительны 33,3% штаммов). К гентамицину, цефотаксиму чувствительны 25% штаммов, к цефтриаксону — 20,8%. Максимальную резистентность микрофлора показала в отношении ампициллина (45,8%) и амоксициллина (33,3%). Таким образом, «идеального» для эмпирической антибиотикотерапии препарата среди тех, чувствительность к которым исследовалась, не выявлено.

**Выводы.** Полученные результаты не позволяют выбрать какой-либо «универсальный» антибиотик лечения холангита при механической желтухе опухолевого генеза. Для определения рациональной антибактериальной терапии целесообразно изучение микрофлоры желчи с определением антибиотикограммы в каждом конкретном случае. Для стартовой антибактериальной терапии целесообразно применение ципрофлоксацина.

## К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ХОЛЕЦИСТИТАХ

**Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Хайдаров И.М., Мирзаев А.К.**  
*Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Цель исследования.** Лечение свищей поджелудочной железы (ПЖ) представляет большой интерес. Эта проблема особенно актуальна в настоящее время, что связано с возрастанием частоты деструктивных форм острого панкреатита, а также травм брюшной полости. В последующем формирование свищей в 21%-39% случаев связано с острым и хроническим панкреатитом. Диагностика и лечение

свищей ПЖ представляет значительные трудности и имеет много спорных, неразрешенных вопросов. Предложено множество хирургических и консервативных методов лечения. Операции трудоемки, не отличаются эффективностью. Консервативные методы требуют длительного времени и также зачастую неэффективны. Учитывая важную роль лимфатической терапии в лечении панкреатитов, а

также значение лазерного излучения в процессах регенерации, у больных со свищами ПЖ мы применили лимфолазеротерапию (ЛПТ).

**Материалы и методы.** ЛПТ провели у 16 больных (9 женщин и 7 мужчин), средний возраст — 32 года. Свищи на фоне деструктивных форм острого панкреатита выявлены у 6 больных, хронического панкреатита — 4, травм поджелудочной железы — 4. Все больные неоднократно лечились разными методами в течение 1-3 месяцев без эффекта. Через имеющиеся дренажи проводили лимфатическую терапию: новокаин, гепарин, фуросемид, контрикал, антибиотик, а также лазерное воздействие (полупроводниковый лазер «Милта»: через дренаж вводили световод — низко-энергетический гелий-неоновый лазер, мощность не выходе 14 Вт). ЛТ проводили по показаниям через забрюшинную клетчатку и через переднюю брюшную стенку в зависимости от диагноза.

**Результаты и обсуждение.** В связи с особенностями локализации большие свищи обычно иссекались, дренировались. После 2-3 сеансов ЛЛТ, наряду с интенсивной традиционной терапией, у больных уменьшались боли, при наличии свища — уменьшалось отделяемое, мацерация кожи. Улучшался аппетит, прекращались диспептические явления, нормализовалась температура тела. При УЗИ объемных процессов в области ПЖ и мелких свищей не визуализировали. Постепенно изменялся качественный состав выделяемого секрета, он светлел. Воспалительные изменения на коже уменьшались, а затем прекращались. Нормализовались показатели общего анализа крови, мочи, результаты биохимических исследований, восстанавливался белковый и электролитный баланс. На фоне улучшения общего состояния больных свищи обычно закрывались через 20-25 дней.

## ЧРЕСКОЖНОЕ ЦИСТОГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мороз О.В., Кулезнева Ю.В., Израйлов Р.Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Неуклонное увеличение количества больных с тяжелыми формами острого и хронического панкреатита, наблюдаемое за последнее время, привело к увеличению и числа пациентов с постнекротическими кистами (ПНК) поджелудочной железы.

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности чрескожных методов внутреннего дренирования сформированных постнекротических кист поджелудочной железы в просвет желудка.

**Материал и методы.** За период с 2005 по 2010 гг. в ГKB 68 находилось на лечении 14 пациентов с ПНК (3 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 27 до 78 лет. Всем больным при поступлении выполнено УЗИ органов брюшной полости. Локализация кист в головке поджелудочной железы была у 4 больных, в теле с переходом на хвост — в 5 случаях, в области хвоста — у 5 больных. Сроки существования кист варьировали в пределах от 3 до 7 месяцев. Диаметр кист при этом составлял от 5 до 15 см. Среди осложнений встречали: упорный болевой синдром (1), резкое увеличение в объеме в течение двух месяцев (1), признаки инфицирования (3), кровоизлияние в просвет с последующим инфицированием (2). У 7 пациентов были неосложненные ПНК поджелудочной железы.

В качестве миниинвазивного способа хирургического лечения 3 больным одномоментно бы-

ли установлены цистогастральные стенты double «pig-tail» под контролем УЗИ, РТВ и ЭГДС. 7 больным на первом этапе под контролем УЗИ и РТВ в полость ПНК устанавливали 2 наружных дренажа: чрескожный чрезгастральный и только чрескожный. Один из дренажей устанавливали через обе стенки желудка под контролем эндоскопа; второй — через желудочно-ободочную связку. При этом диаметр дренажа мог достигать 14Fr. В качестве дренажей мы использовали катетеры «pig-tail» фирмы СООК (Дания). При фистулографии в 3 наблюдениях удалось контрастировать главный панкреатический проток поджелудочной железы. В сроки от 1 до 3 дней под рентгенологическим и эндоскопическим контролем осуществляли второй этап операции: перевод наружного чрескожного чрезгастрального дренажа во внутренний. Путем срезания наружной части дренажа у основания кожи и последующего низведения «свободного конца» дренажа в просвет желудка. При этом второй дренаж оставляли в полости кисты на 1-5 дней для проведения управляемого проточного промывания и контроля за содержимым ПНК. Далее УЗИ-контроль осуществляли каждые 2-3 месяца. Удаление внутренних дренажей производили в сроки через 12 и более месяцев амбулаторно. Течение раннего послеоперационного периода осложнилось в 3 случаях: инфицирование остаточной полости —

2, кровоизлияние с последующим инфицированием — 1. Все эти осложнения удалось устранить путем чрескожного пунктирно-дренажного лечения и проведением консервативной терапии.

Все больные обследованы через 3-6 месяцев после операции: рецидив кисты вследствие кровоизлияния в остаточную полость отмечен в 1 случае,

вследствие нарушения режима питания — в 1 случае. Инфицирование остаточной полости произошло у 1 больного.

Считаем, что чрескожное цистогастральное дренирование является альтернативным методом открытым и эндоскопическим методам лечения больных с ПНК поджелудочной железы.

## ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР И ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Асланов Х.М., Ибрагимов Т.Р.

Научный центр хирургии им. М.А. Топчубашева, Баку, Азербайджан

**Цель исследования:** изучить зависимость результатов хирургического лечения доброкачественных стриктур и ятрогенных повреждений от различных факторов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 50 пациентов с рубцовыми стриктурами и повреждениями внепеченочных желчных путей, оперированных с 2003 по 2008 гг. на базе НЦХ им. М.А. Топчубашева. Из них женщин — 38 (76%), мужчины — 12 (24%), средний возраст составил  $45,8 \pm 2,3$  лет. Ятрогенные повреждения обнаружены у 43 (86%) пациентов, травматические повреждения протоков — у 7 (14%). Ятрогенные повреждения встречались в основном (38 пациентов) во время холецистэктомии. Из 38 пациентов у 34 повреждения возникли во время открытой холецистэктомии, а у 4 — при лапараскопической.

Свежие повреждения желчных путей были обнаружены у 16 (32%) пациентов, а рубцовые стриктуры — у 34 (68%) пациентов.

В 10% (5 пациентов) случаев ятрогенные повреждения произошли в нашей клинике, в 76% (38 пациентов) — в других клиниках. Всего было проведено 56 операций: восстановительные — 22 (44%), реконструктивные — 28 (56%).

С целью изучения зависимости результатов хирургических лечения от некоторых прогностических

факторов пациенты были подразделены на несколько сравнительных групп:

- в группу А(I) вошли 18 пациентов, которым была проведена операция дренирования желчных путей с наложением серо-серозного анастомоза; в группу А(II) вошли 32 пациента с дренированием желчных путей по обычному методу;

- в зависимости от вида хирургической операции: группа В(I) — 22 пациента, перенесших восстановительную операцию; группа В(II) — 28 пациентов после реконструктивной операции;

- группа вошли С(I) — 21 пациент с проксимальными повреждениями и стриктурами; группа С(II) — 39 пациентов с дистальными повреждениями и стриктурами.

В раннем послеоперационном периоде у 12 (24%) пациентов были выявлены различные осложнения. Несмотря на то, что разница частоты встречаемости ранних осложнений в сравнительных группах не была статистически достоверной ( $p > 0,01$ ), но характерные для операций специфические осложнения (холангит, остаточный холестаз, шовная недостаточность) в группах А(II), В(I) и С(I) встретились чаще, чем в соответствующих им подгруппах ( $p < 0,01$ ). Особо следует отметить, что осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов с дренированием желчных путей выявили более чем в 2 раза чаще ( $p < 0,001$ ) по сравнению с пациентами после операций без дренирования желчных путей.

## БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Салимгареев И.З., Гараев М.Р.

Башкирский государственный медицинский университет,  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучить ближайшие и отдаленные результаты резекций печени опухолевого генеза.

**Материалы и методы.** В нашей клинике с 2003 по 2010 гг. выполнено 247 расширенных и сочетанных вмешательств при различных объемных образованиях печени, из них 158 (67%) пациентам эти вмешательства произведены по поводу злокачественного процесса, 89 (38%) больным — при доброкачественных образованиях. По поводу первичного рака печени оперировано 53 больных: правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 32, левосторонняя гемигепатэктомия — в 11, сочетанные вмешательства (резекция+другие) — в 10 случаях. С метастатическим раком печени оперировано 54 пациента: правосторонних гемигепатэктомий произведено 32, левосторонних гемигепатэктомий — 16, сочетанные вмешательства (резекция + другие) выполнены в 6 случаях.

Опухоль сигмовидной кишки с метастазами в печень встречалась в 28 случаях, данной группе пациентов выполнены сочетанные вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия + правосторонняя гемигепатэктомия — в 14, гемиколэктомия + левосторонняя гемигепатэктомия — в 6 случаях, а также 10 резекций печени произведено в сроки от 4 до 9 месяцев после резекции толстой кишки.

При альвеококкозе печени произведено: правосторонних гемигепатэктомий — 13, левосторонних гемигепатэктомий — 6, сочетанные вмешательства выполнены в 4 случаях. Ререзекции печени произведены у 24 больных, оперированных ранее по поводу данного заболевания.

**Результаты.** Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 14 (11,1%) больных, перенесших расширенные и сочетанные вмешательства на печени по поводу злокачественных образований, в том числе абсцессы брюшной полости у 3 (2,4%), внутрибрюшное кровотечение — у 2 (1,6%), перитонит — у 3 (2,4%), печеночная недостаточность отмечена у 12 (9,5%) больных этой группы. Летальность составила 8,7% (14 больных).

Из 144 больных (14 больных умерли непосредственно после операции) отдаленные результаты, в сроки от 1 года до 5 лет, удалось проследить у 103 (72%). 4 больных умерли в различные сроки после операции в других лечебных учреждениях от причин, не связанных с основным заболеванием, и были исключены из исследования. Из 99 больных от прогрессирования основного заболевания умерли 53 (52%). Расчеты общей выживаемости на основе построения таблиц дожития показали следующие результаты: однолетняя —  $65,5 \pm 6,3\%$ ; 3-летняя —  $40,4 \pm 7,2\%$ ; 5-летняя —  $18,7 \pm 6,6\%$ . Медиана общей выживаемости составила  $36,5 \pm 7,6$  мес. В настоящее время живы 34 (36%) пациента, у которых с момента операции прошло от 3 до 89 месяцев. Часть этих больных проходят курсы химиоинфузии в печеночную артерию в нашей клинике и находятся под регулярным динамическим наблюдением.

**Заключение.** Основным методом хирургического лечения больных со злокачественными опухолями печени является резекция различного объема печени, предпочтительно гемигепатэктомия. Наличие множественных метастазов в печени и рецидива опухоли не являются основанием для отказа от оперативного вмешательства.

## НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., Салимгареев И.З., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И., Галимов И.И.

Башкирский государственный медицинский университет,  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных кистозными поражениями органов брюшной полости с использованием лапароскопических методов лечения.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении РКБ им Г.Г. Куватова за 2010 г. пролечено 19 пациентов с кистами брюшной полости. По локализации кист больные разделены на 2 группы:



1-я группа — 11 больных с локализацией кист в печени (с локализацией в правой доле — 7 больных, в левой доле — 4 больных); 2-я группа: 8 пациентов с локализацией кист в селезенке.

Диагностический алгоритм включал проведение комплексного ультразвукового исследования органов брюшной полости с дуплексным сканированием, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела. Установку лапароскопического оборудования и манипуляторов производили в стандартных точках. Показаниями к лапароскопическому вмешательству служили одиночные кисты печени размерами от 5 см и более. Наиболее благоприятной являлась поверхностная локализация кист, что облегчало проведение хирургического лечения. Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии считаем неосложненные эхинококковые кисты без дочерних пузырей. При расположении кист в глубине паренхимы печени манипуляцию дополняли эндоскопическим УЗИ.

**Результаты.** У 7 пациентов характер кист был непаразитарной этиологии: с локализацией в правой — 4 пациента и в левой долях печени — 3. Основные этапы лечения кист состояли

из пункции кисты, удаления содержимого и иссечения стенок с последующей деэпителизацией кисты. В 4 случаях выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия: из правой доли печени — в 3 случаях, из левой доли — в 1 случае. При лечении паразитарных кист важнейшим является соблюдение принципа апаразитарности. С этой целью проводится тщательная ревизия остаточных полостей, полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки.

Во всех случаях лапароскопического удаления кист селезенки характер кист был непаразитарной этиологии. Летальных исходов не наблюдали. Внедрение лапароскопических цистэктомий позволило значительно сократить сроки нахождения больных в реанимационном отделении и реабилитации в послеоперационном периоде. Сроки госпитализации, по сравнению с лапаротомным доступом, были сокращены в среднем на 12 суток.

**Выводы.** Применение лапароскопических методов лечения становится методом выбора в лечении непаразитарных и паразитарных кист органов брюшной полости, что позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Мустафин А.Х., Галимов И.И., Грицаенко А.И., Салимгареев И.З.

Башкирский государственный медицинский университет,  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Определить необходимый объем оперативного вмешательства при злокачественных опухолях печени первичного и метастатического характера.

**Материалы и методы.** На лечении в Башкирском Республиканском центре хирургической гепатологии на базе РКБ им Г.Г. Куватова за 10 лет (2001-2010 гг.) находился 291 больной со злокачественным поражением печени. По локализации первичного очага больные разделены на две группы: 1-я группа — 107 больных с гепато- и холангиоцеллюлярным раком печени, 2-я группа — 184 больных с метастатическим поражением печени. Во 2-ой группе больные разделены на две подгруппы: 1-ая подгруппа — 115 (62,5%) больных с колоректальными метастазами, 2-я подгруппа — 69 (37,5%) больных с локализацией первичного очага в других органах.

Определяемые размеры единичных и множественных узлов в печени варьировали в пределах от 0,5 до 22 см: до 1 см — в 38 случаях, от 1 до 3 см — в 73, от 3 до 5 см. — в 106 случаях, от 5 до 10 см — в 55 случаях, более 20 см — в 19.

Метастазы локализовались чаще всего в правой доле печени — в 86 (46,7%), в левой — в 57 (30,9%), в обеих долях — в 41 (22,4%) наблюдении. Характер выполняемого объема оперативных вмешательств на печени отличался большим разнообразием (таблица). Все операции на печени можно разделить на две основные группы: экономные резекции печени и обширные резекции печени. В группе с метастазами колоректального рака удельный вес обширных резекций преобладал над экономными в большей степени, чем в группе при метастазах неколоректальных опухолей.

Таблица

Виды оперативных вмешательств, выполненных больным,  
в зависимости от причины поражения (первичное, вторичное)

Объем операций	Первичный рак печени (n=107)	Метастатическое поражение (n=184)
Правосторонняя гемигепатэктомия	43	17
Анатомическая расширенная	71	15
Левосторонняя гемигепатэктомия	21	8
Анатомическая расширенная	41	16
Атипичные резекции печени	13	37
Алкоголизация узлов печени	3	1
Радиочастотная абляция узлов печени	2	3
Итого:	107	184

**Результаты.** Послеоперационный период у больных с обширными вмешательствами (расширенные, сочетанные операции) протекал тяжело, с высокой частотой осложнений (до 27%). Умерло 23 (7,9%) больных от печеночной (11) и сердечно-сосудистой недостаточности (6), раковой интоксикации (6).

**Выводы.** Резекция печени остается решающим методом лечения пациентов со злокачественными и метастатическими поражениями печени. При метастатическом раке печени улучшить результаты лечения возможно расширением объема хирургических вмешательств, как на первичном очаге, так и в печени и других органах.

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш.

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

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения хронического панкреатита (ХП) путем разработки и оптимизации лечебно-диагностической тактики, совершенствования способов хирургических вмешательств и профилактики послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 92 больных с ХП, мужчин — 75, женщин — 17. Преобладала возрастная группа от 41 до 50 лет — 39,4% больных. Пациенты характеризовались большой длительностью заболевания, рецидивирующим течением, неэффективностью проводимой консервативной терапии, неоднократными хирургическими вмешательствами и частыми осложнениями.

Комплексное обследование позволило систематизировать основные формы ХП, при этом использовали Марсельско-римскую классификацию (1988), основанную на характере морфологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ). Согласно этой классификации хронический кальцифицирующий панкреатит выявлен у 27 (29,3%) больных; хронический обструктивный панкреатит — у 49 (53,2%); хронический паренхиматозно-фиброзный (воспалительный) панкреатит — у 16 (17,5%) больных. При обследовании 52 больным выполнена ЭРПХГ. При полипозиционном рентгенологическом исследовании у 76,9% больных были

выявлены косвенные признаки ХП, однако только у половины от этого числа больных (36,9%) окончательный диагноз не вызывал сомнений.

**Результаты.** Высокоинформативным методом диагностики и динамического наблюдения явилось УЗИ, которое выполняли всем больным от 1 до 5 раз. Чувствительность метода достигла 85,9%, а специфичность — 82,4%, при этом общая достоверность результатов составила 88,2%, а наибольшей достоверности метод достиг при диагностике кист — 100,0%. Наиболее точный метод в диагностике ХП и его осложнений — спиральная компьютерная томография, выполненная 75 больным. Чувствительность метода составила 93,6%, специфичность — 90,4%, общая точность результатов — 93,1%. Магнитно-резонансную томографию (МРТ) с МР-панкреатохолангиографией выполняли 9 больным с целью оценки состояния панкреатических и желчевыводящих протоков. Чувствительность МРТ в этих ситуациях достигла 87,2%, специфичность исследования — 75,9%, общая достоверность результатов — 80,3%.

Хирургическому лечению подвергнуты 65 (70%) больных. Выполняли следующие виды операций на ПЖ и ее протоках: рассечение и пластика устья главного панкреатического протока (вирсунгопластика) с панкреатоюностомией — 11 боль-

ным (продольная, каудальная); резекции ПЖ при ХП — 54 больным (дистальная; субтотальная); операции при кистах ПЖ — 25 больным. При формировании у больного ХП кисты ПЖ возникают показания к оперативному лечению: наружное дренирование кист, внутреннее дренирование кист ПЖ (однокамерная киста ПЖ, при сообщении полости кисты с вирсунговым протоком, при кистозном расширении главного панкреатического протока, при локализации кисты в головке ПЖ). Виды внутреннего дренирования: цистогастростомия; цистоеюностомия; цистодуоденостомия.

**Заключение.** Выработанная лечебно-диагностическая тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения. Спиральная компьютерная и (или) магнитно-резонансная томография с панкреатохолангиографией являются обязательными предоперационными методами исследования больных ХП. Выбор метода операции должен быть дифференцированным в зависимости от характера морфологических изменений, их локализации и распространенности в поджелудочной железе.

## ОСОБЕННОСТИ ГИСТОСТРУКТУРЫ ВЕН ПОРТАЛЬНОГО И ЛЕВОГО РЕНАЛЬНОГО БАССЕЙНОВ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Проведен морфологический анализ особенностей гистоструктуры вен портального и левого ренального бассейнов при циррозе печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ). В условиях хронического диффузного процесса в печени и прогрессирующей ПГ венозная стенка претерпевает изменения и если макроскопически это характеризуется утолщенными, иногда инкрустированными стенками селезеночной вены, потерей эластичности и перифлебическим процессом, то микроскопическая картина непосредственно отражает изменения конкретных слоев сосудистой стенки.

В качестве контроля служили соответствующие вены, полученные во время аутопсий пациентов без признаков патологии гепатобилиарной системы и пищеварительного тракта. Во всех изученных венах в контроле довольно отчетливо различимы все три оболочки: tunica intima, t. media, t. adventitia.

Проведенный анализ показал, что просвет сосудов при ПГ достоверно ( $p < 0,05$ ) был больше по сравнению с группой контроля. Исключение составила только внутренняя яремная вена, у которой как по длине, так и по ширине просвета показатели не отличались от группы контроля. В свою очередь, как сосуды портального бассейна, так и левая почечная вена с ее притоками претерпевали изменения. Если трансформацию воротного русла можно объяснить прогрессирующей ПГ, то изменения почечной вены и ее притоков связаны с тем же фактором, так как нарастающее давление в портальной системе обуславливает повышенную функциональную активность естественных portoкавадных анастомозов, среди которых сброс по забрюшинным коллатералям выявляется очень часто.

Соответственно этому процесс воздействия ПГ на сосудистую стенку не ограничивается только системой портального русла, но и затрагивает сопряженные с ней другие системы, в частности русло левой почечной вены.

Эта доказывает и утолщение стенок изученных вен. Внутренняя яремная вена не претерпевает особых изменений и как общая толщина, так и толщина слоев стенки в условиях ПГ оставались достоверно неразличимыми. Как и в норме, прилегающая к поджелудочной железе часть селезеночной вены была несколько толще, чем свободный участок, однако при ПГ эти изменения носили более выраженный характер. Толщина стенки левой почечной вены и при контроле и при ПГ не имела существенной разницы, что, по-видимому, было связано с большим просветом этого сосуда и первичными характерными изменениями только в длине и ширине просвета вены. В свою очередь притоки левой почечной вены, имеющие значительно меньший макроскопический диаметр, в условиях ПГ испытывают большую нагрузку, что отразилось в достоверной разнице ( $p < 0,05$ ) по толщине стенок, а именно наружной оболочки (t. adventitia), надпочечной и генитальной вен по сравнению с контролем.

Таким образом, сравнительный морфометрический анализ особенностей гистоструктуры вен портального и левого ренального бассейнов по данным светооптической и электронной микроскопии показал, что при ЦП воздействие ПГ не ограничивается только сосудистой стенкой portoлиенального бассейна. За счет повышенной компенсаторной функциональной активности естественных коллатеральных portoкавадных анастомозов, ПГ увеличи-

чивает гемодинамическую нагрузку на сопряженные с воротным руслом другие системы, в частности русло левой почечной вены. Это доказывает установленная достоверная разница с контрольной

группой ( $p < 0,05$ ) по просвету и толщине стенок надпочечной и генитальной вен, а также отсутствие этих изменений в системе верхней полой вены (внутренняя яремная вена).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

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

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

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного лечения больных с опухолями проксимальных желчных протоков (ОПЖП) путем выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Располагая опытом хирургического лечения 151 больного с опухолями внепеченочных желчных протоков проксимальной локализации, оперированных за период с 1997 по 2010 гг. (86 (56,9%) женщин, 65 (43,1%) мужчин).

**Результаты и обсуждение.** Для характеристики ОПЖП использовали классификацию, предложенной Bismuth-Corlette (1975): тип I опухоли наблюдали у 19 (12,5%) больных, тип II — у 25 (16,5%), тип IIIa — у 16 (10,5%), тип IIIb — у 28 (18,5%) и IV тип — у 63 (41,7%) пациентов.

Ведущим проявлением заболевания является безболевая обструктивная желтуха, которую наблюдали у 100% больных. Уровень билирубинемии был в пределах от 35,6 до 770 мкмоль/л. Больные обращались к нам в сроки от 7 до 42 дней с момента появления желтухи.

Диагностика ОПЖП, наряду с общеклиническими методами, включала также специальные инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (151) с дуплексным сканированием сосудов печени (19), спиральную компьютерную томографию (38), эндоскопическую ретроградную холангиографию (94), чрескожную чреспеченочную холангиографию (89), двойное прямое контрастирование желчных протоков (16), радиоизотопную гепатосцинтиграфию (9).

90 (59,6%) больным была выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) как предоперационный (подготовительный) этап к ра-

дикальной операции или окончательный метод хирургического лечения.

Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 119 (78,8%) больных с ОПЖП, при этом реканализацию опухоли с наружным дренированием желчных протоков произвели в 79 случаях, ЧЧХС — в 32, из них у 21 больного выполнили наружно-внутреннее дренирование и у 11 — эндопротезирование опухолевой стриктуры. У 8 больных операция закончилась эксплоративной лапаротомией в связи с генерализацией процесса.

Радикальные и условно-радикальные хирургические вмешательства при ОПЖП выполнили у 32 (19,8%) больных, из них I тип опухоли по классификации Bismuth-Corlett диагностирован у 20 больных, II тип — у 12 больных.

Холецистэктомия, резекцию гепатикохоледаха вместе с опухолью и гепатикоеюностомия выполнены у 20 (62%) больных. Холецистэктомию, резекцию печени и наложение бигепатикоеюноанастомоза — у 12 (38%) больных.

В результате применения предложенной нами тактики удалось снизить послеоперационную летальность с 34,1% (1997-2002 гг.) до 10,2% (2003-2010 гг.).

**Выводы.** Больным с ОПЖП необходимо применение дифференцированного двухэтапного хирургического лечения, что позволяет части больным произвести радикальные оперативные вмешательства, несмотря на исходное тяжелое состояние больных. При диагностике нерезектабельной ОПЖП и неоперабельном состоянии больных методом выбора следует считать ЧЧХС, при возможности с применением наружно-внутреннего дренирования, либо эндопротезирования.



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Хашимов Ш.Х., Гизатулина Н.Р., Бабаджанов А.Х.

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

Треть всех пациентов с циррозом печени (ЦП) с варикозно расширенными венами пищевода и желудка (ВРВПЖ) продолжают погибать от пищеводно-желудочного кровотечения. Даже ведущие медицинские учреждения добиваются снижения летальности от геморрагического синдрома лишь до 30% а в группе пациентов, соответствующей функциональному классу Child «С», летальность достигает 100%.

**Цель исследования:** разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в условиях ОРИТ.

**Материалы и методы.** Ретроспективно анализирован и обобщен лечения 145 пациентов циррозом печени с гастро-эзофагеальными кровотечениями, поступивших в РСЦХ им. акад. В. Вахидова.

**Результаты.** Основными задачами лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из ВРВПЖ в отделении интенсивной терапии являются: распознавание источника и остановка кровотечения; оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери; патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

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

Дифференцированная интенсивная терапия у пациентов с ЦП может быть использована на основании следующего протокола. 1. Восстановление объема циркулирующей крови: препараты крови, а так же использование синтетических коллоидных растворов производных желатинила и гексаэтиленкрахмала. 2. Гемостатическая терапия (ПАБК, Транексамовая кислота, Этамзилат натрия, Викасол), у 2 пациентов использовали рекомбинантный фактор VIIa (Новосэвен). 3. Фармакотерапия портальной гипертензии (Вазопрессин; Соматостатин в виде постоянной инфузии;  $\beta$ -блокаторы; нитраты). 4. Гастропротекция: а) обволакивающие в зонд; б) инфузионные растворы ингибиторов протонной помпы; в) инфузионные растворы  $H_2$ -блокаторов. 5. Фармакотерапия печеночной энцефалопатии: а) L-орнитин-L-аспартата (Гепамерц); б) препараты на основе лактулозы; в) группа энтеросептиков в зонд; г) группа лактобактерий в зонд. 6. Заместительная терапия: аминокислоты с разветвленной цепью (Аминоплазмаль Гепамерц 10%), альбумин 10/20%. 7. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности препаратов на Нр (амоксиклав до 1 г/сут., метронидазол до 250 мг/сут.).

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

## СПЛЕНОСУПРАРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

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

Спленосупраренальный анастомоз (ССРА) в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени в нашем центре впервые был выполнен в 1992 году. До конца 2010 года произведено наложение 89 ССРА. Средний возраст больных составил  $26,9 \pm 9,8$  лет.

Если рассматривать частоту наложения ССРА в зависимости от периода наблюдения, то его доля

в структуре всех шунтирующих операций (747) составит 11,9%, а за период с момента его внедрения (1992-2010 гг.) — 14,3%. Однако если учесть, что доля селективных анастомозов в настоящий период преобладает над центральными вариантами декомпрессии, то из всех выполненных за период с 1992 по 2010 гг. центральных шунтов доля ССРА составит 25% (89 из 356), а за последние четыре

года частота наложения этого типа анастомозов по отношению к другим центральным шунтам достигла 51,3%.

Анализ вероятности наложения ССРА при показаниях к центральной декомпрессии в зависимости от ангиоархитектоники сосудов лиенального и левого ренального бассейнов показал, что в зависимости от особенностей ангиоархитектоники селезеночной вены (форма и уровень по данным спленопортографии) оптимальные условия для наложения ССРА выявляются только в 60% случаев при высоком расположении сосуда (Т-ХП) и у 95,2-100% пациентов с низкой вариантной анатомией (L-I-II), в свою очередь в зависимости от диаметра надпочечниковой вены вероятность наложения ССРА составляет всего 64,1%, а наличие протяженного диастаза между анастомозируемыми сосудами или непригодность толщины венозной стенки снижает этот показатель до 51,3%. Так, из 78 пациентов, оперированных за 2007-2010 гг., ССРА удалось наложить только у 40 больных. Малый диаметр надпочечниковой вены являлся самым частым фактором отсутствия условий и выявлен в 35,9% (28 пациентов) случаев. Большой диастаз между селезеночной и почечной венами определен в 8 (10,3%) случаях. Еще у 2 (2,6%) больных была не пригодна для анастомоза тонкая стенка надпочечниковой вены.

Соответственно полученным результатам, оптимальными условиями для наложения ССРА явля-

ется совокупность следующих факторов: диаметр надпочечниковой вены 8 мм и более; отсутствие широкого диастаза между надпочечниковой и селезеночной венами; отсутствие острого угла впадения надпочечниковой вены в левую почечную вену и необходимости значительной транспозиции вставки с перегибом притока для создания соустья с селезеночной веной; допустимая толщина стенки надпочечниковой вены.

Как показал анализ результатов, портальное давление при «ложных» Н-образных анастомозах (ССРА) снижается на  $27,6 \pm 4,7\%$ , что характеризует этот вариант шунтирования как центральный парциальный тип декомпрессии. Из 72 больных с ССРА, прослеженных в отдаленном периоде, положительная динамика по степени варикозного расширения вен пищевода и кардии желудка отмечена у 51 (70,8%) пациента, а по протяженности варикоза — у 44 (61,1%) больных. Аналогичные данные по регрессу вен получены в группе больных с применением «истинных» венозных вставок из внутренней яремной вены, но с несколько большим декомпрессивным эффектом ( $34,8 \pm 5,1\%$ ,  $p < 0,05$ ) и соответственно более высокой частотой специфических постшунтовых осложнений, что, при наличии оптимальных условий для использования притоков левой почечной вены, обуславливает приоритетное значение ССРА при необходимости центральной декомпрессии воротной системы.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСТАЛЬНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Обобщая итоги более чем 35-летнего опыта выполнения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА), мы представляем результаты этих вмешательств в различные периоды развития хирургии портальной гипертензии (ПГ) в нашей стране. Анализ проведен в трех группах исследования: первая группа — этап внедрения портосистемного шунтирования (ПСШ) (1976-1992 гг.); вторая группа — этап формирования специализированного подразделения хирургии ПГ в РСЦХ (1992-1998 гг.); третья группа — этап совершенствования методики наложения ДСРА и расширения показаний к этому типу шунтирования (прецизионная техника, ограничение сброса по оригинальной методике при выраженном расширении селезеночной вены; 1998-2010 гг.). В исследование включено

285 больных с ПГ, которым за указанные периоды произведено наложение ДСРА. Средний возраст больных составил  $28,9 \pm 12,5$  лет, мужчин было 191 (65,9%), женщин — 99 (34,1%).

На этапе внедрения ПСШ удельный вес ДСРА составлял всего 19,2% (24 из 125), в остальных случаях были наложены центральные виды анастомозов. Во второй период доля ДСРА возросла до 24,0% (35 из 146). Настоящий период характеризуется доминированием селективных анастомозов, доля которых достигла 48,5% (231 из 476), причем за последние пять лет еще увеличилась до 54,0%.

На фоне селективного типа шунтирования частота развития печеночной недостаточности и энцефалопатии была ниже, чем при центральных ва-

риантах. При этом если на этапе внедрения ПСШ частота указанных осложнений достигала 25% и 33,3% соответственно, то в дальнейшем их частота снизилась до 14,3% и 17,1%, а в настоящий период на фоне возможностей консервативной терапии и строго индивидуализированного подхода к этому типу шунтирования до 8,2% и 10,4% случаев. Летальность на этапе внедрения достигала 33,3% (8 из 24 пациентов), в период с 1992 по 1998 гг. — 8,6% (3 из 35), тогда как в настоящий период частота фатальных исходов снизилась до 4,8% (11 из 231).

Таким образом, основной целью ДСРА является дренирование гастролиенального бассейна, опасного с точки зрения возможного кровотечения и возможностью сохранения гепатопортального кровообращения в порто-мезентериальной системе на высоком уровне.

Накопленный опыт позволил расширить показания к выполнению ДСРА. В зависимости от особенностей сосудистой трансформации селезеночной вены ДСРА в настоящий период является доминирующим и выполняется более чем в 50% случаев, причем для старшей возрастной группы или в усло-

виях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне цирроза печени, этот тип шунтирования остается единственным приоритетным способом декомпрессии воротного бассейна.

Внедрение оригинальной технологии ограничения портокавального сброса при помощи ограничительной манжеты, позволило применять эту методику не только при центральной декомпрессии, но и при значительном расширении селезеночной вены при формировании ДСРА, что ранее считалось противопоказанием к формированию такого типа шунтирования, так как обуславливало наложение широкой камеры анастомоза с последующим снижением скорости кровотока по анастомозу и развитием тромбоза уже в раннем послеоперационном периоде.

Относительные противопоказания в плане высокого остаточного портального давления и соответственно риска кровотечения даже на фоне функционирующего шунта, а также нарастания асцитического синдрома, характерных для ближайшего периода после селективной декомпрессии, могут быть нивелированы включением в комплекс лечения специфических терапевтических мероприятий.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятов А.В., Джуманиязов Д.А.

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

В настоящий период эндоскопические вмешательства не только значительно повысили качество диагностической эффективности обтурационной желтухи, но и, нередко, являются малоинвазивным (этапным или окончательным), альтернативным традиционному, способом лечения, обуславливая возможность применения более рациональной тактики, особенно для больных с тяжелой механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью.

В исследование включено 827 больных, находившихся в РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 2005 по 2009 гг., которым произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и эндоскопические вмешательства: папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) или супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС), через предварительно наложенную супрапапиллярную фистулу (СПФ). Для анализа результатов проведенных эндоскопических вмешательств больных распределили в зависимости от типа патологии: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — 427 (51,6%); постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) —

274 (33,1%); пациенты с опухолями панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) — 126 (15,2%). Средний возраст больных с ЖКБ составил  $57,5 \pm 16,0$  лет, при ПХЭС —  $56,3 \pm 14,2$  лет, при опухолях —  $61,1 \pm 12,8$  лет. При ЖКБ и ПХЭС среди больных преобладали женщины (соотношение 1:1,9 и 1:3,1), при опухолях — мужчины (соотношение 1,2:1). Длительность анамнеза у 493 (59,6%) больных составила более 10 суток, в остальных случаях больные поступали в клинику в сроки до 10 суток от начала проявления механической желтухи.

Обобщая результаты всех выполненных эндоскопических вмешательств можно отметить, что примерно в 2/3 случаев (67,4%), осуществляли чреспапиллярные манипуляции, в остальных ситуациях, по разным причинам, приходилось прибегать к атипичной методике — СПХДС. В настоящий период накопленный опыт позволил снизить частоту неэффективной эндоскопической диагностики желчных протоков (ЖП) до 5,7% случаев, при этом с первой попытки удается контрастировать ЖП и выполнить ЭРХПГ в 91,9% случаев, и только в 8,1% эффективная диагностика была осу-

ществлена при повторном выполнении манипуляции с порционной ЭПТ через 1-3 суток. Следует отметить, что из 827 пациентов у 112 (13,5%) с лечебной целью проведено дополнительное рассечение неадекватного папиллотомного или супрапапиллярного отверстия. В 19 случаях (за рассматриваемый период) при стриктурах терминального отдела холедоха проведено эндоскопическое стентирование.

Анализ полученных результатов показал, что являясь малоинвазивным вмешательством эндоскопические манипуляции требуют рационального подхода с учетом вероятных факторов риска развития специфических осложнений, так риск развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны потенциально выше при выполнении СПХДС — 9,4%, чем при ЭПСТ — 6,8%, в свою очередь,

развитие острого панкреатита отмечается в 5,0% и 6,8% случаев.

Одномоментное выполнение протяженной ЭПСТ или СПХДС с лечебно-диагностической целью обуславливает увеличение риска развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны, так порционное вмешательство сопровождается низкой частотой этого осложнения (3,1-5,0%) с абсолютной гарантией эндоскопического гемостаза, тогда как при одномоментной протяженности рассечения от 0,8 до 1,2 см ( $p < 0,05$ ) риск возрастает в 1,9 раз при выполнении ЭПСТ и в 2,5 раза при СПХДС, а при попытке рассечения протяженностью более 1,2 см ( $p < 0,01$ ) риск возрастает еще в 3,8 и 2,6 раза, при этом в целом необходимость выполнения традиционного вмешательства для остановки кровотечения составляет 1,1% при СПХДС и 0,7% при ЭПСТ.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗИ

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.**

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

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с синдромом Миризи путем создания научно-обоснованной системы диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики.

**Материалы и методы.** В РСЦХ им. акад. В. Вахидова за последние 25 лет наблюдали 107 больных с синдромом Миризи, что среди 12767 пациентов желчнокаменной болезнью составляет 0,83% или 0,89% от всех 11896 больных, которым произвели холецистэктомию. Возраст больных колебался в пределах от 39 до 78 лет (в среднем — 55,5±7,86 лет), женщин — 81, мужчин 26 (соотношение 3,1:1). Больные распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 38 больных; II тип — у 34 больных; III тип — у 28 больных и IV тип синдрома диагностирован у 7 больных.

**Результаты.** Тактика хирургического лечения больных с синдромом Миризи строилась в зависимости от типа синдрома. Как и многие авторы, мы одобряем открытые методы хирургической коррекции синдрома Миризи, которые включают в себя частичную (субтотальную) холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедоха Т-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоеюностомию по Roux. При этом холецистэктомию выполнили у 15 больных с I типом синдрома; холецистэктомию с дренированием холедоха по Керу — у 36 больных, преимущественно со II типом синдрома; холецистэктомию с

пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Керу — у 26 больных, преимущественно с III и IV типами синдрома; холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому — у 7 больных с I типом синдрома и у 5 больных с IV типом наложена гепатикоеюностомия в виду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическую холецистэктомию произвели у 15 больных с I типом синдрома Миризи и у 3 больных со II типом — лапароскопическую холецистэктомию дополнили дренированием холедоха по Керу. В ближайшем послеоперационном периоде встречали следующие осложнения: недостаточность швов различной степени выраженности — у 5 (4,6%) больных; прогрессирование печеночной недостаточности — у 6 (5,6%) больных и другие осложнения — у 8 (7,5%) больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерло 4 (3,7%) больных. Отдаленные результаты изучены у 38 больных, из них у 5 больных возникли стриктуры гепатикохоледоха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

**Заключение.** Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Миризи позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту перехода на лапаротомию при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеот-



тока. Оптимизация дооперационного обследования, разработка хирургической тактики и новых методов оперативных вмешательств позволяют

в перспективе значительно улучшить результаты хирургического лечения у данной категории больных.

## БИЛИОДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко. А.Г.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им А.А. Шалимова, Киев, Украина

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с периампулярными опухолями.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 375 больных с опухолями периампулярной зоны в период с 2005 по 2010 гг. Среди исследуемых пациентов было 168 (44,8%) женщин и 207 (55,2%) мужчин. Средний возраст больных составлял  $56 \pm 12$  лет. Эндоскопические вмешательства выполняли с помощью дуоденофиброскопов JF-1T 40, TJF Olympus, электрохирургического блока Olympus, аргонплазменного коагулятора «ЭКОНТ 0701», паиллосфинктеротомов, эндоскопических петель, проводников и стентов фирм Boston Scientific, Olympus и Microvasive Endoscopy под контролем телевизионного рентген-оптического преобразователя.

**Результаты.** Среди исследуемых пациентов рак большого дуоденального сосочка (БДС) имел место у 148 (39,5%) пациентов, рак головки поджелудочной железы — у 156 (41,6%), опухоль дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) — у 71 (18,9%). У 131 больного с раком БДС выполнили супрапапиллярную холедоходуоденостомию (СПХДС). При переходе опухолевого процесса на дистальный отдел общего желчного протока у 26 больных СПХДС дополнили эндобилиарным стентированием. У 17 (11,5%) пациентов с локальными опухолями БДС выполнили эндоскопическую папилэктомию, которая в 14 случаях стала окончательным методом лечения. Эндобилиарное стентирование пластиковыми стентами 8 F, как первый этап оперативного лечения

больных, выполнили 139 больным с дистальной обструкцией ОЖП. В неоперабельных случаях у 88 пациентов выполнили эндобилиарное пластиковое стентирование, с последующей заменой пластикового стента на нитиноловый через 10-12 дней. Осложнения наблюдали у 24 (6,4%) больных: кровотечение — в 22 и ретродуоденальная перфорация — у 2. Эндоскопический гемостаз был эффективен в 19 случаях, у 3 пациентов выполнили рентгеноэндоскопическую окклюзию кровоточащих сосудов. Ранняя обтурация, проксимальная и дистальная миграция эндопротезов отмечены у 28 больных, что потребовало дополнительную эндоскопическую коррекцию и замену дренажей. Отдаленные результаты нитинолового стентирования прослежены у 54 больных. У 11 (20,4%) пациентов летальный исход от прогрессирования основного заболевания наступил в сроки 3-7 месяцев от момента установки стента. Рецидив желтухи и холангита, вызванный окклюзией стента, в сроки 5-8 месяцев наблюдали у 19 (35,2%) больных, что потребовало рестентирование полимерным стентом, либо вмешательство «stent in stent». В сроки 3-12 месяцев у 24 (44,4%) пациентов стенты функционируют без признаков окклюзии.

**Выводы.** Эндоскопическая декомпрессия, как первый этап оперативного лечения больных с опухолями периампулярной зоны, улучшает результаты радикальных оперативных вмешательств, а в неоперабельных случаях является эффективным окончательным методом восстановления желчеоттока.

## КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ — ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ДОСТУПА

Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования:** определить эффективность минилапаротомии в качестве оперативного доступа конверсии при лапароскопической холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Произведен анализ результатов хирургического лечения 328 больных с холецистолитиазом, перенесших холецистэктомию

лапароскопическим доступом. В исследовании преобладали женщины — 272 (82,9%). Средний возраст составил 47 лет. В качестве оперативного доступа во всех случаях использовали минилапаротомию по методике клиники (Патент №05079 ПВ РУз.).

**Результаты и их обсуждение.** Во время оперативного вмешательства лапароскопическим доступом выявлены разнообразные клинко-морфологические изменения желчного пузыря и окружающих его тканей, явившиеся причинами конверсии.

1. Наличие плотного, грубого перивезикального инфильтрата с полным охватом желчного пузыря, с трудом поддающегося разделению, диагностировано у 6 (1,8%) больных. В 5 (1,5%) случаях операция закончена из минилапаротомного доступа.

2. Наличие склерозированного, «сморщенного» желчного пузыря с широким пузырным протоком диагностировано у 4 (1,2%) больных. В данной группе в 2 (0,6%) случаях осуществлена конверсия, из них у 1 больного из-за повреждения печени и открывшегося кровотечения.

3. Наличие врожденных аномалий, изменяющих нормальное топографо-анатомическое соотношение желчевыводящих путей и кровоснабжающих сосудов диагностировано у 3 (0,9%) больных: дополнительная артерия желчного пузыря — в 2 случаях и дополнительный желчный проток — у 1 больного. В последнем случае пересеченный дополнительный желчный проток не был диагностирован во время операции, что явилось причиной релапаротомии минилапаротомным доступом по методике клиники (0,3%).

4. Полное интрапеченочное расположение желчного пузыря диагностировано у 2 (0,6%) больных.

В 1 (0,3%) случае осуществлена конверсия, в другом — идентификация элементов шейки желчного пузыря позволила успешно клипировать пузырную артерию и проток.

5. Синдром Мирризи диагностирован у 1 (0,3%) больного. В данном случае наличие свища не позволяло осуществить достаточную препаровку тканей, в связи с чем, выполнена конверсия.

Осложнений в раннем послеоперационном периоде, связанных с техникой выполнения доступа, не отмечали. После выполнения 328 лапароскопических холецистэктомий возникло 2 (2,6%) серьезных осложнения, связанных с методикой операции. Конверсию осуществили у 10 (3,0%) больных. Средний койко-день составил 5 дней. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Спектр показаний для конверсии при лапароскопической холецистэктомии разнообразен по характеру и масштабу и для ликвидации причин конверсии возможно использование малоинвазивных методик. Выбор доступа при производстве конверсии должен производиться с учетом причины и операционной ситуации на момент конверсии. Рациональный выбор оперативного доступа конверсии — одно из главных условий успешного выполнения операций. Использование при конверсии в качестве доступа минилапаротомии, позволило решить проблему, сохраняя при этом принцип малоинвазивности.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.З., Кунишев Ш.У.

СОФ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Гулистан, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты оперативного лечения 489 больных эхинококкозом печени. Мужчин было 220 (45%), женщин — 269 (55%). Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 62 лет.

Пациентов с первичным эхинококкозом было 306 (62,5%), резидуальным и рецидивным — 183 (37,5%). Они ранее перенесли от 1 до 5 операций на органах брюшной полости. Солитарные эхинококковые кисты отмечены у 284 (58%) больных, множественные — у 205 (42%). Правая доля была поражена в 289 (59%) наблюдениях, левая — в 151 (31%), обе доли — в 49 (10%). Размеры кист варьировали в пределах от 1,5 до 32 см в диаметре. Большинство из них — 342 (65%) были в диа-

метре до 15 см. Сочетанный эхинококкоз печени и других органов был отмечен у 28 (5,7%) пациентов. Наряду с поражением печени, у них выявлены сопутствующие поражения легких (8 наблюдений), селезенки (5), большого сальника (3), гепатодуоденальной связки (3), забрюшинной клетчатки (3), диафрагмы (1), почек (1), яичника (1), а также внеорганные кисты брюшной полости (3).

У 181 (37%) пациента наблюдали осложнения заболевания: нагноение кисты (72 случая), частичное или полное обызвествление фиброзной капсулы (42), прорыв кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита (62), прорыв в брюшную полость (5).

Все пациенты были подвергнуты хирургическому лечению: лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена 24 больным, традиционная эхинококкэктомия лапаротомным досту-

пом — 318, эхинококкэктомия минидоступом с видеоассистированием — 147.

Следует отметить, что лапароскопическая эхинококкэктомия была выполнена при крайнем расположении эхинококковых кист и при диаметре эхинококковой кисты не более 5,0 см. Пристальное внимание было уделено применению эхинококкэктомии минидоступом. При локализации эхинококковых кист в левой доли печени выполняли верхнесрединную минилапаротомию (61 (41,6%) наблюдение); при локализации эхинококковых кист в V-VI сегментах правой доли печени — подреберный минидоступ (52 (35,3%) наблюдения); при локализации эхинококковых кист в VII-VIII сегментах правой доли пече-

ни — торакофренолапаротомный минидоступ (34 (23,1%) наблюдения).

Несмотря на выполнение вмешательства из минидоступа, даже при неудобном расположении кист в заднедиафрагмальных сегментах, чаще всего удавалось выполнить адекватный капитонаж остаточной полости. Это было достигнуто за счет точного доступа, определенного под контролем лапароскопической визуализации.

Применение минидоступа позволило улучшить результаты лечения больных эхинококкозом печени: отмечено снижение частоты раневых осложнений с 7,8% до 3,4%, послеоперационных осложнений — с 11,0% до 4,7%, уменьшение среднего койко-дня — с  $7,8 \pm 1,5$  до  $4,2 \pm 1,0$ .

## ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

**Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Целью исследования была демонстрация и оценка эффективности обработки остаточной полости с помощью терапевтических лазерных аппаратов (Способ лечения эхинококкоза печени №1917 от 1994 года).

За период с 1998 по 2008 гг. на базе кафедры хирургических болезней 6-7 курсов АГМИ проходили лечение 116 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу рецидивного и диссеминированного эхинококкоза печени. Рецидивный эхинококкоз печени выявлен у 78 больных, рецидивы с диссеминацией эхинококкоза печени — у 38.

В ходе лечения низкоэнергетические лазерные аппараты применяли у 71 больных из 116 пациентов, перенесших эхинококкэктомию печени. При этом у 68 пациентов в комплексе лечения использовался АЛТ «Узор» с полупроводниковым излучателем. В дооперационном периоде в течении 2-3 дней предварительно определяется точка расположения эхинококковой кисты и проводится лазеротерапия (воздействие в течении 5 минут с частотой 1500 Гц и мощностью 4-6 Вт). Дополнительный курс терапии лазером назначали в послеоперационном периоде путем воздействия через кожу на зону проекции остаточной полости. При наличии оставленного дренажа в полости кисты воздействовали непосредственно на внутреннюю поверхность с помощью световода, проведенного через просвет

дренажной трубки и подсоединенного к излучателю аппарата (АФЛ) с помощью изготовленного переходника (экспозиция 5 минут, расстояние 2-3 см, частота 1500 Гц, мощность 6 Вт). Курс послеоперационной терапии составлял 5-7 дней.

Всех больных разделили на две группы: первую (контрольную) группу составили 45 больных, которым в предоперационном и в послеоперационном периоде не применяли лазеротерапию; вторую (основную) группу составил 71 больной, которому как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде применяли лазеротерапию.

Для подтверждения эффективности лазерной обработки остаточной полости на предмет уничтожения бактериальной флоры провели бактериологические исследования материалов, взятых со стенок фиброзной капсулы (во время операции) и выделяемой жидкости из дренажных трубок (после операции), расположенных в остаточных полостях у больных с нагноением эхинококковой кисты. У больных, которым не ставили дренажные трубки, состояние остаточной полости анализировали путем проведения рентгенологических и УЗИ-исследований.

Таким образом, исследования показали, что у больных основной группы частота обнаружения микрофлоры (стрептококки, стафилококки и др.) была в 2 раза ниже, чем у больных контрольной группы.

## ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Ниязов Б.С., Ашимов И.А., Кудайбергенов Т.И., Ашимов Ж.И., Маматов А.А., Сулайманов К.С.

Национальный хирургический центр,

Кыргызский государственный медицинский институт подготовки и переподготовки кадров, Бишкек, Кыргызстан

**Цель исследования.** Определить возможности склерозирующей терапии (СТ). варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода в профилактике повторного или первичного кровотечения у больных с портальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Эндоскопическую СТ выполнили у 12 больных с портальной гипертензией (8 (66,6%) мужчин и 4 (34,4%) женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Кровотечение из ВРВ пищевода было у 10 (83,3%) больных. Показанием для СТ было наличие ВРВ I-III степени (по классификации K.J. Pagnet). Использовали методику интравазального введения 3% Фибро-Вейна. За 1 сеанс вводили 2-4 мл склерозирующего раствора в ВРВ на рассто-

янии в 2-4 см одна от другой в нижней средней трети пищевода. Курс лечения состоял из 1-2 сеансов с интервалом 1-2 дня. Лечение повторили через 3-4 месяца.

**Результаты.** Положительный терапевтический эффект при использовании (СТ), характеризующийся облитерацией и отсутствием кровотечения после его применения, наблюдали у 11 (91,6%) пациентов. Рецидив кровотечения был отмечен у 1 (8,3%) больного.

**Заключение.** СТ является эффективным методом профилактики кровотечения из ВРВ пищевода I-III степени у больных портальной гипертензией. Проведение курсов СТ приводит к облитерации или уменьшению степени ВРВ.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД», Воронеж, Россия

**Целью исследования** явилась оценка эффективности комплексного ультразвукового исследования печени с применением трехмерной реконструкции полости кисты и возможности применения минимальноинвазивных методик под УЗ-контролем в лечении пациентов с непаразитарными кистами печени.

Анализированы результаты лечения 77 пациентов с непаразитарными кистами печени, находившихся в хирургических отделениях Воронежской областной клинической больницы №1 и Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» с 1991 по 2011 гг. Среди них женщин было 63 (81,8%) и мужчин — 14 (18,2%), возраст пациентов — от 17 до 77 лет. Размер кист составлял от 3,0 до 12,0 см. Для диагностики указанной патологии применяли лабораторные методы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого кист. Ультразвуковое исследование выполняли на ультразвуковых сканерах «Leopard»,

«ProFokus» компании «B&K medical» (Дания). УЗ-сканирование проводилось в В-режиме и в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК). Объемную реконструкцию полости кисты выполняли для определения взаиморасположения полости кисты относительно крупных сосудистых и протоковых структур, уточнения геометрической формы полости кисты и выбора наиболее безопасной траектории для пункции или дренирования. Чрескожные пункционные вмешательства выполнялись иглами диаметром 18–22G «PBN» (Дания). Дренирование полости кисты выполняли двумя способами: путем одномоментного дренирования полости кисты троакар-катетером и путем установки дренажа по методике Сельдингера. Для дренирования использовали дренажные катетеры типа «pig tail» с лесочным фиксатором фирм «PBN», «Angiotech» (Дания), «МИТ» (Россия) диаметром от 7 до 12 Fr. На первом этапе лечения содержимое полости кисты удаляли и отправляли на экспресс-цитологическое исследование. После получения результатов исследования



полость кисты обрабатывали склерозантами (96% раствор этилового спирта, 40%-ный раствор глюкозы). Дренаж удаляли по мере спадения полости кисты и прекращения отделяемого по дренажу. Длительность дренирования составляла от 7 до 24 дней. Осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств, и летальных исходов не было. Частота рецидивов заболевания — 6,5%.

**Заключение.** Поиск и верификацию жидкостного образования печени целесообразно начинать с

УЗИ, результаты которого обладают высокой информативностью. Трехмерная реконструкция полости кисты является высокоинформативным методом исследования, позволяющим определить безопасную пункционную траекторию и адекватно позиционировать дренажный катетер в полости кисты. Чрескожные пункционные и дренирующие вмешательства под УЗ-контролем являются альтернативой традиционному хирургическому вмешательству или этапом предоперационной подготовки.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕПАТОТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Нуртдинов М.А., Тимербулатов М.В., Суфияров Р.С.

Бакирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования:** изучить возможности защиты печени при лечении осложненных заболеваний желчевыводящих путей лапароскопическим способом.

**Материалы и методы.** Порто-печеночная перфузия при проведении лапароскопических операций выполнена во время 36 операций на органах желчевыводящей системы. У всех больных при выявлении гнойного очага проводили катетеризацию пупочной вены. В нее вводили состав фармакологических препаратов, включающий раствор глюкозы, гептрала, новокаин, аскорбиновую кислоту и др., со скоростью 40 капель в минуту. В случаях кровопотери объем перфузии возрастал, состав перфузата изменялся. В него включали антиферментные препараты, гормоны, витамины, антиоксиданты. Перед завершением абдоминального этапа операции вводили второй состав, он включал ощелачивающие жидкости, которые вводили капельно до 150 мл с последующим струйным введением фраксипарина.

**Результаты.** Об эффективности защиты печени судили по гемодинамическим, биохимическим пока-

зателям, срокам восстановления моторной функции желудочно-кишечного тракта и др. При выполнении порто-печеночной перфузии давление в воротной системе сохраняется на исходных цифрах (венозное давление в начале операции —  $125,3 \pm 5,4$  мм вод. ст., при осуществлении основного этапа —  $132,0 \pm 5,2$  мм вод. ст., на заключительном этапе хирургического вмешательства —  $120,6 \pm 6,5$  мм вод. ст.). Показатели билирубина, аминотрансфераз и др., отличались достоверной положительной динамикой в сравнении с контрольной группой. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта после абдоминальных операций, выполненных в условиях порто-печеночной перфузии, происходило более активно.

**Выводы.** Таким образом, защита печени в условиях гнойно-воспалительного процесса является эффективным методом предупреждения расстройства регионарного и органного кровотока, лежащих в основе мультиорганной дисфункции у хирургических больных в связи с операционной травмой, стрессом.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ И УСЛОВНО РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

**Цель исследования:** представить эффективность разработанных мер профилактики печеночной недостаточности при альвеококкозе печени.

**Материалы и методы.** Оперировано 75 больных с альвеококкозом печени, из них у 51 выполнены радикальные, а у 24 — условно радикальные

операции. Женщин в исследовании было 55 и мужчин — 20 (возраст от 17 до 65 лет). Для диагностики и контроля лечения помимо общеклинических методов, использовали внутрикожно-аллергическую пробу Кацони, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и по показаниям магнитно-

резонансную томографию. Исследовали в динамике печеночные и почечные тесты.

**Результаты.** До операции у всех больных выявлены нарушения функции печени, поэтому проведены кратковременная корректирующая подготовка. Оперативный доступ: при локализации очага в правой доле печени, доступ в правом подреберье по Федорову или Кохеру с пересечением связок печени — у 68 больных; если очаг в левой доле, верхне-срединная лапаротомия; при локализации в обеих долях печени — комбинированный доступ типа «мерседес». Радикальные (гемигепатэктомия, резекция сегмента, атипичные резекции печени) и условно радикальные операции выполняли по методике Тонг—Тхат—Тунга. Поскольку величина кровопотери значительно влияет на функциональное состояние печени, то особое внимание уделяли уменьшению кровопотери, при этом выполнили: 1) пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки

на 3-5 минут; 2) фиксацию к раневой поверхности печени круглой связки печени; 3) применяли «Тахкомб» и гемостатическую губку. Для предотвращения печеночной недостаточности в начале операции осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее выполняли введение гепатопротекторов, кровезаменителей, плазмы, альбумина, одноклассной крови во время операции и до 5 — 6 суток после нее. После операций состояние больных было тяжелым, но благодаря мерам проводимым после операций у большинства больных нарушение функций печени не усугублялись. Послеоперационная летальность составила 6,6%, причинами ее явились: тромбоэмболия легочной артерии — 1, фибринолиз — 2, полиорганная недостаточность — 2.

**Заключение.** Улучшение результатов оперативного лечения альвеококкоза следует рассматривать в тесной связи с коррекцией нарушений функций печени и снижением кровопотери в момент операции.

## ПРИНЦИПЫ БИО- И ХИМИОТЕРАПИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Орел Н.Ф., Маркович А.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Лечение больных с нейроэндокринными опухолями (НЭО) должно быть направлено как на саму опухоль, так и на контроль над проявлениями карциноидного и других эндокринных синдромов, что требует мультидисциплинарного подхода с участием эндокринологов, гастроэнтерологов и других специалистов. Для лекарственного лечения диссеминированных НЭО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): используют биотерапию (аналоги соматостатина,  $\alpha$ -интерфероны), химиотерапию, таргетные препараты. Аналоги соматостатина используют как для лечения различных гормональных симптомов, так и для уменьшения скорости прогрессирования и увеличения продолжительности жизни больных. Использование  $\alpha$ -интерферонов приводит к контролю роста опухоли, а также позволяет контролировать гормональную секрецию и клинические проявления болезни. Противоопухолевый эффект при использовании биотерапии отмечается у больных высокодифференцированными НЭО. Химиотерапия остается основным методом лечения при низкодифференцированных опухолях с высоким пролиферативным индексом. Классической комбинацией 1 линии является этопозид + цисплатин (эффект 42-67%). Могут использоваться комбинации стрептозотоцина с 5-фторурацилом, доксорубицином. Обращают на себя внимание комбинации

на основе темозоломида, наибольший эффект при которых отмечен у НЭО поджелудочной железы (45%). В отделении химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН при НЭО ЖКТ изучаются возможности использования аранозы (отечественное сахаросодержащее производное нитрозомочевины), а также режима XELOX (капецитабин + оксалиплатин).

Результаты клинических исследований эффективности таргетной терапии у больных НЭО ЖКТ обнадеживают. В нескольких исследованиях RADIANT доказана эффективность эверолимуса (m-TOR ингибитор) у больных НЭО ЖКТ и поджелудочной железы. Также эффективными при этом виде опухолей оказались бевацизумаб (ингибитор VEGFR) и сунитиниб (ингибитор тирозинкиназ EGFR).

Алгоритм лечения ГЭП-НЭО. (ESMO, 2010; Granberg D., 2011).

1. Хирургическое лечение (резекция, циторедуктивная операция, эмболизация)

2. Лекарственная терапия в зависимости от степени дифференцировки. Ki 67 < 3%, WHO 1 — Биотерапия: Аналоги соматостатина (АнСом),  $\alpha$ -ИФН, сунитиниб; комбинации: АнСом + ИФ, АнСом + эверолимус, АнСом + бевацизумаб, АнСом + сунитиниб. Ki 67 3-20%, WHO 1-2 — Химиотерапия: стрептозотоцин +

докс/5ФУ, стрептозотин + эверолимус, темозоламид, темозоламид + кселода, сунитиниб, Ан Сом + сунитиниб, АнСом + эверолимус, АнСом — контроль симптомов. Ki 67 >20%, WHO 3 — Химиотерапия: цисплатин + этопозид, темозола-

мид + капецитабин + бевацизумаб, АнСом — контроль симптомов.

3. Таргетная лучевая терапия:  $^{177}\text{Lu}$ -DOTA — октреотат  $^{90}\text{Y}$ -DOTATOC, протоколы исследований.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Власкина Л.А., Понкина О.Н.  
ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,  
ГУЗ Краевая клиническая больница №1, Краснодар, Россия

**Введение.** Выбор оптимального метода лечения осложненного хронического панкреатита остается сложной и далеко нерешенной проблемой для хирургов-панкреатологов. Довольно большое количество осложнений существующих методик (стриктуры сформированных различными способами соустьев, рецидивы, инфицирование кист и т.д) влекут за собой разработку новых и усовершенствование существующих методов хирургического лечения этого заболевания.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения больных, с осложненными формами хронического панкреатита.

**Материалы и методы.** Авторами проведен анализ лечения 22 больных с осложненным хроническим панкреатитом. В 11 случаях наблюдали наружные панкреатические свищи, как следствие перенесенного острого панкреатита, в 9 — первичного алкогольного панкреатита с вирусно-холангитом и в 2 случаях посттравматического генеза. У всех пациентов панкреатические свищи сформировались после дренирующих операций кистозных полостей под контролем ультразвука. На дооперационном этапе с целью выявления связи кистозной полости с главным панкреатическим протоком и уточнения изменений проксимальной и дистальной части панкреатического протока, и локализации свищевого хода, выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатография, фистулопанкреатография через свищевой ход. Выполнено 22 операции в объеме медиальной резекции поджелудочной железы (ПЖ) и формированием панкреатоэнтероанастомоза. Из 9 пациентов с алкогольным панкреатитом у 3 выполнена медиальная резекция поджелудочной железы с иссечением кисты головки. Всем больным наложен билатеральный панкреатоэнтероанастомоз (по методу проф. В.И. Оноприева и соавт. 2004г). У 11 пациентов после перенесенного острого панкреатита, осложненного наружным панкреатическим свищем, произведена резекция пере-

шейка и части тела ПЖ, несущей свищ. Из 11 пациентов в 2 случаях данные анатомические отделы были представлены рубцовой тканью с облитерацией главного панкреатического протока (ГПП). Выполнено формирование дистального концевопетлевого панкреатоэнтероанастомоза на петле тонкой кишки с межкишечным соустьем по Брауну. У 2 пациентов со свищами посттравматического характера произведено пересечение ПЖ в проекции локализация свищевого хода (область перешейки), с формированием дистального панкреатоэнтероанастомоза и ушиванием проксимальной части ГПП, в связи с сохраненным пассажем в ДПК через БДС. Обязательным являлось дренирование панкреатического протока для снятия гипертензии в раннем послеоперационном периоде.

**Результаты.** Операция позволила совместить восстановление пассажа по главному панкреатическому протоку, удалить патологически измененные ткани поджелудочной железы, восстановить функцию органа. Осложнений, потребовавших дополнительных инвазивных мероприятий в послеоперационном периоде не отмечено. В послеоперационном периоде обязательно проводилась медикаментозная блокада панкреатической секреции. Дренаж из панкреатического протока удалялся на 9-11 сутки. Средний койко-день составил  $12 \pm 3,5$  дня. В отдаленные сроки стриктур анастомоза не выявлено.

Качество жизни оценивали удовлетворительно, так как отсутствовал болевой синдром, восстановилась внешнесекреторная функция ПЖ, все пациенты трудоспособны.

**Заключение.** Медиальная резекция поджелудочной железы при осложненном хроническом панкреатите является малотравматичным оперативным вмешательством, позволяющим решить патогенетические механизмы развития осложненного панкреатита, значительно улучшить результаты лечения больных хроническим осложненным панкреатитом.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Карпухин Д.Г., Рудакова О.В., Бабенко Е.А.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,

ГУЗ Краевая клиническая больница №1, Краснодар. Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения местно-распространенного рака поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Оперировано 27 пациентов с раком головки ПЖ. Мужчин было 9, женщин — 18 в возрасте от 28 до 71 года. Из 27 больных у 13 (48,19%) выявлен местнораспространенный рак ПЖ (МРПЖ). У всех пациентов выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗ-контролем по поводу механической желтухи (МЖ). Оперировано 27 пациентов, выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПсПДР), лимфодиссекция, холецистэктомия. При формировании панкреатикодигестивного анастомоза выполнялось назопанкреатическое дренирование. При местнораспространенном процессе обязательным этапом являлось интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ) для уточнения взаимоотношений опухолевого процесса с верхней брыжеечной и воротной венами, верхней брыжеечной артерией и чревного ствола. Отсутствие опухолевого тромба в просвете сосудов достоверно изучалось на дооперационном этапе методом КТ с контрастированием венозной и артериальной системы. Из 13 в 10 (76,92%) случаях выявлена опухолевая инвазия в стенку верхней брыжеечной вены, в 3 (23,07%) — конfluence верхней брыжеечной и селезеночной вен. Выполнялась прецизионное выделение сосуда из опухолевого инфильтрата, после которой оценивалась степень инвазии и площади ее поражения

по толщине «пластинки», оставленной на сосуде, линейной протяженности и по периметру. Среди данной группы стандартный объем ПДР дополнен криовоздействием на стенку верхней брыжеечной, воротной вены, в месте опухолевой инвазии в 9 случаях, в 4 выполнена краевая резекция стенки верхней брыжеечной вены с наложением сосудистого шва. Гистологически в краях резекции по краю венозной стенки отмечены опухолевые клетки (R1). В эксперименте установлен оптимальный режим криовоздействия, при котором деструкция злокачественных клеток в оболочках вен носит необратимый характер при сохранении функции сосудов. В послеоперационном периоде тромбоза сосудов, подвергшихся криовоздействию, не отмечалось.

**Результаты и заключение.** Выживаемость в группах больных распределилась следующим образом: в группе из 13 пациентов с местнораспространенным раком ПЖ медиана выживаемости составила 18,2 месяцев; 1 год прожили 7 (53,46%); 3 летней выживаемости нет. Среди остальных 14 пациентов медиана выживаемости составила 18,1 месяц; 1 год — 11 (78,57%), 3 года — 4 (28,57%). В группе больных с опухолевой инвазией выживаемость статистически достоверно не отличалась от типичных ПДР. Полученные результаты являются важным аргументом в пользу целесообразности использования в онкохирургии метода криодеструкции, в частности при местнораспространенных раках поджелудочной железы с инвазией опухоли в стенку вен парапанкреатической области.

## НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ ИНФИЦИРОВАННЫМИ КИСТАМИ, ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ И АЛЬВЕОКОККОВЫМИ ПОЛОСТЯМИ РАСПАДА ПЕЧЕНИ

Пантелеев В.С., Мушарапов Д.Р., Мустафин А.Х.

Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

**Целью исследования** явилось изучение эффективности применения антимикробной фотодинамической терапии (АФДТ) в сочетании с лазерной активацией антибиотиков у больных с непаразитарными инфицированными кистами, эхинококковыми кистами и альвеококковыми полостями распада печени.

**Материалы и методы.** Было пролечено 74 больных, из них: с эхинококковыми — 54 и с непаразитарными инфицированными кистами — 7, с нагноившимися альвеококковыми полостями распада печени — 13 пациентов. Все больные были разделены на основную (35 пациентов) и группу сравнения (39 пациентов). В группе сравнения



использовали традиционную эхинококкэктомию, фенестрацию кист, вскрытие и дренирование альвеококковых полостей распада печени. В основной группе пациентов применена разработанная нами методика АФДТ в сочетании с лазерной активацией антибиотиков. В качестве фотосенсибилизатора в виде геля-пенетратора использовали «Фотодитазин®» (N-диметилглюкаминная соль хлорина Е6). После этапов эхинококкэктомии, фенестрации кист печени, эвакуации содержимого альвеококковых каверн на стенки остаточной полости наносили 0,5% гель-пенетратор из расчета 1 мл на 5 см<sup>2</sup> облучаемой поверхности. В послеоперационном периоде для возбуждения фотосенсибилизатора через установленные дренажи по световоду с микролинзой на конце проводили облучение лазерным аппаратом «Аткус-2» (Россия) длиной волны 661 нм (патент на изобретение № 2364371 от 20.09.2009 г.). Доза облучения составила при эхинококковых и непаразитарных кистах — 90 Дж/см<sup>2</sup>, альвеококкозе — 120 Дж/см<sup>2</sup>.

Всем пациентам на протяжении 7-12 суток проводили лазерную активацию антибиотиков путем внутривенного лазерного облучения крови длиной волны 0,63 мкм, мощностью 2 мВт, экспозицией 20 минут, в сочетании с лазеротерапией через брюшную стенку на проекцию печени длиной волны 0,89 мкм, частотой 3000 Гц.

**Результаты.** При сравнении лабораторных и клинических данных получены достоверные различия в группах, показывающие сокращение сроков нормализации показателей раннего послеопе-

рационного периода в основной группе больных. Анализируя послеоперационные осложнения после проведенных эхинококкэктомий, фенестраций кист и дренирования альвеококковых полостей распада печени выявили повторное инфицирование остаточных полостей в 5 (12,8%) случаях в группе сравнения и в 1 (2,9%) случае в основной группе больных.

У больных контрольной группы на 3-е сутки после операции по дренажам имелось гнойное отделяемое, из которого были выделены высокоустойчивые к антибиотикам штаммы госпитальной инфекции в концентрации 106 КОЕ/мл и выше. Проведение фотодинамического воздействия «Фотодитазином®» в сочетании с лазероантибиотикотерапией привело к значительному снижению отделяемого из остаточных и полостей распада, а микробное число не превышало к 3 суткам от начала лечения 103 КОЕ/мл.

При подсчете количества использованных антибиотиков в основной группе больных получено снижение курсовой дозы в среднем в 1,4 раза за счет эффективной АФДТ и повышения общей резистентности организма в результате лазерного облучения.

**Заключение.** Применение антимикробной фотодинамической терапии и лазерной активации антибиотиков у больных с инфицированными эхинококковыми, непаразитарными кистами и гнойными альвеококковыми полостями распада печени привело к снижению повторного инфицирования остаточных полостей с 12,8% до 2,9% и сокращению курсовой дозы антибиотиков в 1,4 раза.

## МОРФОЛОГИЯ ТВЕРДОЙ ФАЗЫ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Потехина Ю.П.

Нижегородская государственная медицинская академия,  
МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия

В диагностике и лечении острого панкреатита (ОП) большое значение имеет наиболее ранняя оценка тяжести заболевания и прогнозирование его течения. 53 пациентам с ОП проведено динамическое исследование морфологии твердой фазы плазмы, перитонеального экссудата, лимфы, плеврального выпота, жидкостных скоплений методом клинической дегидратации. Больных с некротическим панкреатитом было 26, с интерстициальным 27. Тяжелый ОП (Atlanta, 1992) был у 28 человек, легкий — у 25. Каплю объемом 20 мкл высушивали, полученную фацию исследовали под микроскопом. В случаях тяжелого некротического ОП с летальным исходом (n=4) наблюдали появление

мелкой сети трещин в периферической зоне фации плазмы крови. Признак присутствовал с 1 суток развития болезни и сохранялся вплоть до смерти пациента, несмотря на массивную многокомпонентную интенсивную терапию. Подобные изменения в периферической зоне были зафиксированы еще у 2 человек с панкреонекрозом, которые выздоровели, но заболевание сопровождалось ПОН, формированием абсцессов, наружных панкреатических свищей. При некротическом панкреатите в центральной зоне отмечали наличие кристаллов в виде дендритов. По наличию данного феномена 1-я и 2-я группы достоверно отличались, ( $p=0,0003$ ). Динамика появления или исчезновения описанных

кристаллических структур отражала фазовое течение ОП с периодами улучшения, купирования ПОН, снижения интоксикации или развития осложнений. В образцах плазмы умерших больных этот признак присутствовал непрерывно. Кристаллы и сеть трещин наблюдали в перитонеальном выпоте, плевральном экссудате, лимфе из грудного лимфатического протока, жидкостных скоплениях в зоне ПЖ. Это подтверждает системный характер процесса, обусловленный массивным разрушением клеточных мембран. Обнаружение мелкой периферической сети трещин и кристаллических структур в системном кровотоке соответствует максимальному повреждению ряда физиологических барьеров и поэтому относится к прогностически неблагоприятным признакам. У всех пациентов наблюдали гиперпигментацию в периферической зоне фации, интенсивность которой слабо коррелировала с тяжестью заболевания ( $r=0,31$ ). Она была более выражена у пациентов, злоупотреблявших алкоголем, при билиарной этиологии ОП. По выраженности признака группы пациентов с отечным и деструктивным ОП достоверно отличались ( $p=0,021$ ). На

фоне проводимой интенсивной терапии при отечной форме данный феномен исчезал в течение 1-2 суток или становился отчетливо менее выраженным, при панкреонекрозе — сохранялся длительно. Среди пациентов с некротическим ОП не было достоверных отличий по интенсивности гиперпигментации между лицами с ПОН и без таковой ( $p=0,869$ ). В 13 случаях в периферической зоне были выявлены серповидные структуры, среди них в 3 — при некротическом ОП, отличия по данному признаку между группами недостоверны ( $p=0,224$ ). Структуры в виде языков Арнольда в периферической зоне фации были выявлены у 23 человек — у 12 в 1-й группе и у 12 во 2-й ( $p=0,5$ ). Достоверно отличались группы пациентов, у которых заболевание привело к летальному исходу и выздоровевших лиц ( $p=0,036$ ). Языки Арнольда относятся к прогностически благоприятным признакам, свидетельствуют о местном отграничении воспалительного процесса. Исследование биологических жидкостей методом клиновидной дегидратации позволяет определить тяжесть ОП и прогнозировать его исход.

## ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Подолинский С.Г., Становенко В.В.

Больница скорой медицинской помощи, Витебск, Беларусь

Частота повреждений магистральных желчных протоков при традиционных вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни составляет 0,1–0,8%, а при малоинвазивных (лапароскопических) операциях от 0,3 до 3%. Широкое распространение малоинвазивных методов лечения ЖКБ в последние годы делает эту проблему актуальной.

**Материалы и методы.** В период с 1994 по 2010 гг. наблюдали 34 пациента с повреждениями магистральных желчных протоков, которым первичное оперативное вмешательство выполнялось по поводу желчнокаменной болезни. У 9 (26,5%) из них повреждения наступили во время традиционной холецистэктомии, у 25 (73,5%) при лапароскопическом вмешательстве. У 6 больных повреждение было обнаружено во время операции, у 28 в раннем послеоперационном периоде.

**Результаты.** Выявленные во время первичного вмешательства повреждения магистральных желчных протоков, при условии, если дефект по протяженности не превышал более 1 см, была выполнена пластика протока на дренаже Керра. При более протяженном дефекте — гепатикоеюностомия по Ру с использованием прецизионной техники шва.

Все пациенты выписаны из стационара, в отдаленном периоде результат удовлетворительный.

Пациенты, у которых повреждения желчных протоков выявлены в послеоперационном периоде, были оперированы повторно через 2–3 месяца после купирования воспалительного процесса в подпеченочном пространстве. Им выполнен гепатико- или бигепатикоеюноанастомоз на петле по Ру. Умерло 3 (10,7%) больных. 25 пациентов выписаны из стационара. В отдаленном периоде (более 5 лет) у 4 (16%) больных развился стеноз гепатикоеюноанастомоза, который привел в холангиту и билиарному циррозу, что потребовало повторного вмешательства — реконструкции анастомоза на сменном транспеченочном дренаже.

**Выводы.** Результат лечения ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков зависит от времени диагностики осложнения, качества выполненного гепатикоеюноанастомоза.

Профилактика повреждений включает в себя правильный выбор показаний к традиционной либо малоинвазивной холецистэктомии, своевременное принятие решения о необходимости конверсии, четкое знание анатомических особенностей желчевыводящей системы.

Повторное оперативное вмешательство (реконструкция) должна выполняться опытным, квалифи-

цированным хирургом в условиях специализированного многопрофильного стационара.

## ПРЕИМУЩЕСТВА НОВОГО СПОСОБА БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ

**Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Арестович Р.А., Кузьменко В.В., Никулина С.А.**

*Клиника факультетской хирургии на базе областной клинической больницы, Омск, Россия*

Билатеральная панкреатоеюностомия является одним из вариантов внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы с включением в соустье с полым органом главного панкреатического протока. Частота использования метода в отличие от продольной панкреатоеюностомии значительно реже. Впервые операция описана в 1984 году итальянскими хирургами Dagradi, Serio и Iасopo в качестве восстановительного этапа после медиальной резекции поджелудочной железы. По методике авторов дистальная культя должна оставаться не менее 5 см. В настоящее время известны варианты билатеральной панкреат(-ик)оеюностомии с межкишечным соустьем по Брауну, наружным дренированием главного панкреатического протока и микроеюностомой и др.

Выполнение панкреатоеюнального соустья при ширине просвета главного панкреатического протока меньше 5 мм вызывает технические трудности и повышает риск послеоперационных осложнений. Нами разработан оригинальный способ билатеральной панкреатоеюностомии, когда ширина главного панкреатического протока варьирует от 3 до 5 мм, то есть незначительно превышая норму (патент №2363395). Для выполнения соустья петля тонкой кишки мобилизуется с формированием циркулярно замкнутого круга путем наложения энтероэнтероанастомоза «конец в бок» на ее концевом отрезке, отключенном по Ру. Далее из главного панкреатического протока в области дистальной и проксимальной культи поджелудочной железы высекаются фрагменты треугольной формы, обращенные основаниями друг к другу для расширения зоны анастомозирования, после чего последовательно билатерально накладываются два (проксимальное и дистальное) панкреатикоеюнальных соустья на петлю тонкой кишки сформированного циркулярно замкнутого круга. Длина «отключенной»

по Ру петли тонкой кишки составляет 40-50 см. Предлагаемый способ позволяет всегда рассчитать и без натяжения технически просто выполнить два панкреатикоеюнальных соустья с адекватным оттоком панкреатического отделяемого и отсутствием заброса химуса в протоковую систему поджелудочной железы.

По данной методике оперировано 4 пациента (3 мужчин, 1 женщина), средний возраст — 39 лет. Все пациенты злоупотребляли алкоголем. 2 пациента оперированы ранее по поводу травмы поджелудочной железы. 1 имел многолетний анамнез хронического панкреатита и оперирован годом ранее по поводу прободной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. 1 неоперированный ранее пациент отмечал факт травмы поджелудочной железы в анамнезе. В 1 случае был диагностирован сложный внутренне-наружный панкреатогастральный свищ, в 1 — цистоартериальная фистула. У всех пациентов присутствовал болевой синдром, признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, у 1 развился сахарный диабет. У 2 пациентов ширина главного панкреатического протока после иссечения кисты поджелудочной железы не превышала 5 мм. У 3 пациентов имели место интрапанкреатические кисты тела поджелудочной железы. В 1 случае была выполнена медиальная резекция поджелудочной железы (по поводу цистоартериальной фистулы). Во всех случаях на восстановительном этапе операции имел место диастаз главного панкреатического протока более 5 см с отсутствием рубцового каркаса задней стенки поджелудочной железы, не позволяющих выполнить продольную панкреатоеюностомию. Во всех случаях на завершающем этапе анастомозов применялся препарат «Тахокомб». Послеоперационный период у всех пациентов прошел без осложнений, ближайшие результаты хорошие.

## ВЫБОР МЕТОДА ВКЛЮЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Прохоров А.В.<sup>1</sup>, Гладышев А.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра онкологии Белорусского государственного медицинского университета,

<sup>2</sup>Минский городской клинический онкологический диспансер, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** провести анализ и определить оптимальную методику формирования панкреатодигестивного анастомоза в ходе реконструктивного этапа панкреатодуоденальной резекции (ПДР).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 32 пациентов, которым в период 2006-2010 гг. была выполнена ПДР в различных модификациях. Из них 56,3% (18 пациентов) составили мужчины, 43,7% (14 пациентов) — женщины. Средний возраст больных составил  $62,1 \pm 10,8$  года. 31 пациенту ПДР была выполнена по поводу злокачественных новообразований периапулярной зоны (рак большого дуоденального сосочка (БДС) — 18 случаев, протоковая аденокарцинома головки поджелудочной железы (ПЖ) — 12, лейомиосаркома двенадцатиперстной кишки — 1). Одна пациентка оперирована по поводу тубулярной аденомы фатерова соска. У 23 больных была произведена стандартная ГПДР, у 9 пациентов — пилосохраняющая ПДР.

Основными критериями выбора метода формирования панкреатодигестивного анастомоза являлись — диаметр панкреатического протока (ПП), характер паренхимы ПЖ, сохранение пилоруса. В зависимости от метода включения ПЖ в пищеварение мы выделили 3 группы пациентов. В первую группу вошло 16 больных, которым выполнено формирование панкреатикоэнтероанастомоза (ПкЭА) на одной или изолированной петле по Ру. Основным условием выбора данной методики явился широкий, более 5 мм ПП. Во вторую группу вошло 4 пациента с «мягкой» паренхимой культи ПЖ, узким (менее 5 мм) ПП и которым

была выполнена ГПДР. В данных случаях был наложен терминолатеральный двухрядный панкреатоэнтероанастомоз (ПЭА). Третью группу составили 12 пациентов, которым, независимо от диаметра ПП, был сформирован панкреатогастроанастомоз (ПГА) с задней стенкой желудка, в большинстве случаев однорядными узловыми швами.

**Результаты.** В первой и третьей группе пациентов летальности не было. У 3 больных первой группы в послеоперационном периоде имело место формирование панкреатических свищей, которые самостоятельно закрылись консервативными мероприятиями. Во второй группе в 2 (50%) случаях возникла несостоятельность ПЭА, что потребовало релапаротомий. Летальность в этой группе составила 25% (1 больной). В 3-й группе летальности и специфических послеоперационных осложнений со стороны ПГА не наблюдалось.

**Заключение.** Выбор метода включения культи ПЖ в пищеварение после ПДР должен зависеть от диаметра ПП, особенностей паренхимы ПЖ и объема резекции желудка в случае выполнения ГПДР. Достаточно широкий, более 5 мм ПП, плотная паренхима железы, а также в случае малой культи желудка после ГПДР, возможно формирование надежного ПкЭА на одной или выключенной по Ру петле тощей кишки. Наиболее предпочтительным, особенно при узком ПП и «мягкой» ПЖ, является формирование ПГА, который является достаточно простым в выполнении и позволяет избежать тяжелых послеоперационных осложнений. Формирование терминолатерального ПЭА возможно только в случаях узкой зоны пересечения и плотной паренхимы ПЖ.

## ОТКРЫТАЯ РАСШИРЕННАЯ ОМЕНТОБУРСОПАНКРЕАТОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А., Ширококов С.Н., Бабаев Д.А.

Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,  
Ижевск Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений, путем применения открытой расширенной оментобурсопанкреатостомии (ОРОБПС).

**Материалы и методы.** С 1993 года в хирур-

гических отделениях медсанчасти «Ижмаш» на лечении находились 3893 больных с острым панкреатитом. Проведен анализ результатов лечения 327 больных с инфицированным панкреонекрозом, с некрозом парапанкреатической клетчатки и флег-



моной забрюшинного пространства, 58 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, а в комплекс лечения других 269 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций (ОРОБПС). Оценку тяжести больных и динамику их состояния проводили по общеклиническим данным, данным биохимического исследования крови, показателям тяжести интоксикации, данным инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Включение в комплекс лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, собственных методик позволило снизить лабораторные показатели интоксикации (лейкоциты крови, общий билирубин, мочевины) на 5-е сутки на 6,83-18,20%, на 14-е сутки на 6,34-36,59%. В группе сравнения эти же показатели улучшились только на 14-е сутки на 0,93-28,78%.

Длительность пребывания на койке после операции увеличилась в среднем с 34 до 54 дней. Однако это объясняется высокой летальностью в ближайшем послеоперационном периоде у больных в группе сравнения.

Общее количество релапаротомий в основной группе снижено в 2,11 раза по отношению к группе

сравнения. Количество экстренных релапаротомий по причине гнойных осложнений со стороны брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки уменьшилось в 2,6 раза. В основной группе среди осложнений отсутствовали свищи желудочно-кишечного тракта, которые наблюдались в группе сравнения в 8 случаях, что также имеет отличия ( $p < 0.05$ ) и свидетельствует в пользу собственных методик.

В последние годы ОРОБПС применена у 10 больных с рецидивирующим (повторным) панкреонекрозом. Все они были выписаны в разные сроки в удовлетворительном состоянии.

Применение собственных методик позволило снизить послеоперационную летальность с 32,75% в группе сравнения, до 17,77% в основной группе, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчатки с 92,30% до 42,30% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Предложенный способ открытой расширенной оментопанкреатобурсостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчатки показан больным при инфицированном панкреонекрозе с некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства

## ПОВТОРНЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А., Швецов О.В., Проничев В.В., Мальчиков А.Я., Бабаев Д.А.,  
Пушкарева М.В.

Кафедра общей хирургии, кафедра факультетской хирургии, кафедра ФПК и ПП  
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты повторного панкреонекроза путем применения открытой, расширенной оментобурсопанкреатостомии (ОРОБПС).

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 218 больных с инфицированным панкреонекрозом, некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства. Из них повторно оперированы через год и более по поводу панкреонекроза 15 (6,88%) больных.

Оценку тяжести и динамику их состояния проводили по общеклиническим данным, данным биохимического исследования крови, показателям тяжести интоксикации и результатам инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Из 15 пациентов женщин было двое. Возраст больных был в пределах от 33 до 80 лет. Рецидив инфицированного панкреонекроза наблюдали в сроки от 1 года до 13 лет. В 1 случае больной оперирован повторно через 6 лет и затем через 7 лет. Средние цифры показателей интокси-

кации были следующие: лейкоцитоз —  $12,3 \times 10^9$ ; диурез (мл/час) — 36,5; ИЭИ — 6,32; ЛИИ — 4,02; МСМ — 0,480; ГПИ — 11,28; общий билирубин (мкмоль/л) — 26,2.

Таким образом, повторный панкреонекроз встречается у людей разного возраста, но чаще это мужчины от 35 до 40 лет, в анамнезе злоупотребление алкоголем. Общее состояние средней степени тяжести тяжелое, симптомы острого панкреатита сглажены, лабораторные показатели эндотоксикоза умеренно повышены. Из особенностей операции следует отметить сложность доступа и, как правило, ограничение процесса поджелудочной железой и парапанкреатической клетчаткой, что с одной стороны требует особенно тщательного дренирования последней и исключает необходимость широкого дренирования паранефральной, ретроколической клетчатки и клетчатки малого таза.

Среди 10 больных оперированных с применением ОРОБПС. Летальных исходов не было. Все были выписаны в разные сроки в удовлетворительном со-

стоянии. Не выявлено закономерностей между формой и распространенностью процесса при первой и второй операциях. Другим 5 больным по независящим по нам причинам открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия не применялась. Из них 2 (40%) умерли от гнойно-септических осложнений.

**Заключение.** Используемая нами открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия полностью соответствует требованиям, предъявляемым к дренированию при повторном панкреонекрозе, что подтверждается результатами оперативного лечения данных больных.

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПЕЧЕНИ

**Пышкин С.А., Маслов В.Г., Панафидин И.С.**

*Центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия*

С появлением высокоинформативных методов визуализации органов возросла частота выявления гемангиом печени (ГП). Сегодня ГП — одна из самых распространенных доброкачественных опухолей печени, встречающаяся у 2–7% населения (Гальперин Э.И. с соавт., 1984; Arbi P. с соавт., 1986; Conter R.L. с соавт., 1988; Gilon D. с соавт., 1991; Альперович Б.И., 1997; Вишневский В.А. с соавт., 2003).

С 1995 по 2010 гг. в центре консультировано 1392 пациента с выявленными ГП в возрасте от 18 до 74 лет. Соотношение женщин и мужчин по частоте заболеваемости было 5:1. Диагноз выставляли на основании данных УЗИ с дуплексным сканированием, КТ или МРТ. При подозрении на злокачественный характер поражения печени проводилось посистемное обследование, определяли онкомаркеры (РЭА, АФП, СА 19-9 и др.), а в трудных случаях дифференциальной диагностики выполняли диагностическую лапароскопию. Крайне редко (n=5) проводили пункционную биопсию. Размеры ГП варьировали от 5 мм до 30 см. Множественные гемангиомы были у 10% пациентов. Гемангиоматоз (количество гемангиом не поддающихся счету) у 4 (0,29%). У больных с точно установленным диагнозом ГП, размерами менее 5 см, операцию не проводили. Этим пациентам (77%) осуществляли динамическое наблюдение — контрольное УЗИ один раз в 4–6 месяцев. Описываемых в литературе осложнений гемангиом (разрыв, малигнизация) не наблюдали. Показания к операции выставляли индивидуально в зависимости от: 1. уверенности в диагнозе ГП; 2.

размеров ГП (5 см и более); 3. возраста больного и сопутствующей патологии; 4. темпов «роста» ГП; 5. сочетания ГП (4–5 см) с другой патологией брюшной полости, требующей оперативного лечения (желчно-каменная болезнь и др.). Значимое увеличение размеров гемангиом, послуживших показанием к операции наблюдали у 11% больных.

Оперировано 320 (23%) больных с ГП. В зависимости от количества, размеров, локализации гемангиом выполнены следующие операции: гемигепатэктомия, трисегментэктомия, бисегментэктомия, сегментэктомия, перипухолевая резекция, энуклеация, прошивание, эксплоративная лапаротомия (n=3).

В послеоперационном периоде погибла одна больная, причиной смерти было профузное кровотечение из острых язв двенадцатиперстной кишки. Послеоперационные осложнения отмечены в 6,5% случаев, при этом проведения релапаротомии не требовалось (перевязки, пункции под УЗИ — контролем и т.д.). Рецидивы и возникновение новых ГП наблюдали у 10% больных. Осложненного течения гемангиом не наблюдали.

**Выводы.** 1. ГП остается заболеванием, требующим критического анализа для определения диагностической и лечебной тактики. 2. Большая часть выявляемых ГП размерами до 5 см (граница «легкой» операбельности) требует динамического наблюдения, нежели хирургического вмешательства. 3. Показания к операции строго индивидуальны и базируются на основном принципе — опасность операции не должна превышать опасности самой болезни.

## ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

**Пышкин С.А., Борисов Д.А., Маслов В.Г.**

*Центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия*

Заболеваемость эхинококкозом печени (ЭП) не уменьшается. Это связано, как с улучшением

диагностики, так и с увеличением потоков миграции. Являясь паразитарным заболеванием, ЭП в

то же время — один из вариантов объемного поражения печени (ОПП). Ведение лиц с ЭП по многим диагностическим и лечебным позициям аналогично таковым при ОПП другой этиологии. Скрининговый метод выявления ЭП — УЗИ, а способы уточняющей диагностики — КТ и МРТ, определение антител к эхинококку. Лапароскопия применяется по строгим показаниям. Радикальный вариант лечения — оперативный. Аспирационный метод (под УЗИ-контролем) находится в стадии разработки. Гермицидная терапия рассматривается, как средство дополнительного или профилактического воздействия.

**Цель исследования.** Ретроспективно проанализировать структуру и результаты лечения больных ЭП.

**Материалы и методы.** С 1995 по 2010 гг. пользовано 1260 больных с ООП, из них 140 (11%) — с ЭП. Оперировано 112 больных ЭП в возрасте от 16 до 92 лет. Не менее четверти пациентов — выходцы из стран Средней Азии и Башкирии. Гидатидозный эхинококк был у 106, альвеококк — у 34. Размер эхинококковых кист колебался в пределах от 5 до 25 см в диаметре. Одиночные кисты были у 70, множественные — у 32 (до 12 кист). Сочетание ЭП с поражением других органов было у 11: легких — 7, большого сальника — 2, селезенки — 2. Осложненный ЭП отмечен у 10: абсцедирование — 5, перфорация — 2, механическая желтуха — 2, сформировавшийся цирроз печени — 1. Выполнены следующие операции: эхинококкэктомия — 51, перикистэктомия — 27, атипичная резекция печени — 11, эхинококкотомия — 8, бисегментэктомия — 7, «кускова-

ние» — 3, гемигепатэктомия — 2, трисегментэктомия — 1. При сочетании ЭП с поражением других органов, операция дополнялась резекцией большого сальника — 2 пациента, спленэктомией — 2, атипичной резекцией легкого — 6, лобэктомией — 1, что проводилось вторым этапом. Для обработки остаточной полости печени применяли: формалин 30% гипертонический раствор, аргон-плазменный коагулятор, полость по возможности ушивали. В последние 7 лет всем пациентам после операции назначали терапию альбендазолом.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения были у 15 (13%) больных: желчеистечение — 3, поддиафрагмальный абсцесс — 3, правосторонний реактивный плеврит — 1, пневмония — 1, ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве — 3, длительно незаживающая полость после эхинококкэктомии — 3, гематома остаточной полости печени — 1. С большинством справились консервативно. У 3 потребовалась релапаротомия. Погибла одна больная 92 лет с перитонитом вследствие перфорации эхинококковой кисты. В 8 случаях встретились трудности оценки отдаленных результатов: остаточная полость? рецидив? рост новой кисты?

**Выводы.** 1. ЭП — проблема, имеющая не только клиническое, но и социальное значение. 2. Требуют уточнения показания к различным вариантам оперативного лечения больных с ОПП. 3. Необходимо дальнейшее изучение эффективности дополнения оперативного лечения ОПП антипаразитарной терапией. 4. Важное значение имеет разработка стандартных критериев оценки отдаленных результатов (остаточная полость? рецидив? рост новой кисты?)

## ВЫБОР СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Рагимов Г.С.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

**Цель исследования:** выбор способа гемостаза при повреждениях печени.

**Материалы и методы.** Обобщены результаты лечения повреждений печени в эксперименте на беспородных собаках обоего пола. Операции выполняли с соблюдением этических норм. Выводили в операционную рану печень. Предварительно моделировали раны, гематомы и разрывы печени, сдавливая орган рукой, наносили травму с помощью тупого предмета. Для временного гемостаза при травмах печени применили прием Принглия или использовали устройство для временного гемостаза, которое накладывали на паренхиму ор-

гана, проксимальнее раны, разрыва. Раны ушивали атрауматическими, кишечными иглами учетом прочности капсулы органа и хода, внутриорганных сосудисто-протоковых структур. В качестве шовного материала использовали хромированный кетгут, викрил и *parenchyma set*.

**Результаты.** Гемостаз был достигнут при резаных ранах печени в 12 случаях из 15 и при сквозных — в 11 из 15. Использование сальника на ножке при сквозных ранах печени выполняет дренажную функцию — очищения раны в частности печени от желчи и скапливающейся крови. В случаях кровотечения при ушивании ран накладыва-

ли дополнительные швы с использованием пластических материалов, геммарли и «Тахокомба». Поверхностные разрывы ушивали с захватом дна раны, но с проведением лигатур вне предполагаемой проекции сегментарных сосудов. При обширных ранах и разрывах печени (8 животных) после иссечения нежизнеспособных участков паренхимы с целью гемостаза прошивали сегментарно-долевые артерии и дополнительно накладывали швы с использованием пластических материалов в качестве подкладки. При разрыве диафрагмальной поверхности печени в 5 случаях на место разрыва наложили гемостатическую марлю и фиксировали орган к диафрагме и париетальной брюшине. При глубоком разрыве печени в области центра произвели «поэтажное» ушивание с использованием пластических материалов, перевязка поврежденного сосуда *in situ* и у 2 животных применили ушивание с наружным сдавливанием (сальником на ножке, геммарлей). При разрыве висцеральной поверхности печени у 3 животных применили ушивание с использованием геммарли, «Тахокомба» и у 1 собаки для достижения окончательного гемостаза пришлось перевязывать долевую печеночную артерию. При разрозненных ранах, расположенных по краю органа

и разрывах, занимающих целую долю или сегмент, производили атипичную резекцию соответствующего участка с помощью жома. Печень резецировали у 25 собак. При кровотечении у 6 собак при резекции печени пришлось накладывать дополнительно швы и перевязывать сосудисто-протоковые структуры в плоскости резекции. Объем резекции составил от 1/3 до доли. Время, необходимое для резекции печени в среднем составило 15-18 минут. Клинические наблюдения. Данные швы использовали в клинике у 5 больных при ушивании резаных ран печени (в 2 наблюдениях по поводу ножевых ран левой доли печени) и у 2 больных при ушивании сквозных ран печени. Ушивали разрывы печени 4 больным. Выполняли атипичную резекцию разрозненной части печени с наложением П-образных швов в клинике 2 больным. Подкапсульные гематомы диафрагмальной поверхности печени лечили миниинвазивным методом у 3 больных. Во всех случаях удалось обеспечить надежный гемостаз.

**Заключение.** Проведенные исследования показали эффективность предложенных способов гемостаза, что позволит улучшить результаты операций на печени при повреждениях.

## СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Рагимова Р.И.**

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ, Махачкала, Дагестан, Россия

**Цель исследования:** разработать эффективный способ комплексной профилактики ранних послеоперационных тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

**Материалы и методы.** Эксперименты выполнены на беспородных собаках с соблюдением этических норм. Нами разработан способ профилактики ранних послеоперационных (ТЭО) — (патент РФ № 2375066), заключающийся в следующем: по окончании обширных операций (ампутация, экстирпация матки, аденомэктомия и резекция 2/3 мочевого пузыря): вводили гепарин в дозе 1,5-2,0 тыс. ЕД 2 раза в сутки подкожно, реополиглюкин вводили внутривенно капельно в дозе 7-8 мл на 1 кг массы тела в первые три дня после операции и переливали раствор перфторана внутривенно капельно в дозе 10-15 мл на 1 кг веса в 1, 3, 5 сутки после операции. Перед зашиванием операционной раны вводили раствор озонированного перфторана в боковую клетчатку таза. Изучали показатели коагулограммы: время свертывания крови (ВСК)

(в мин), ПТИ в (%), тромбиновое время (ТВ в сек), АПТВ, гематокрит (в%), РФМК, фибриноген, этаноловый тест до операции и в динамике послеоперационного периода через 1-3, 5-7, 14 сутки.

**Результаты.** После обширных операций в крови оперированных животных отмечали выраженные изменения как в сосудисто-тромбоцитарном, так и в плазменно-коагуляционном звеньях в ранние сроки, выражающиеся повышением активности системы гемостаза и угнетением активности противосвертывающей системы в сроки (до 5-7 суток) после операции с последующей тенденцией к нормализации, что создает риск к возникновению ранних тромбоэмболических осложнений.

Через 3 суток после операции на фоне комплексной профилактики отмечали тенденцию к удлинению ТВ в основной группе на  $44,5\%$  до  $13,25 \pm 0,97$  сек ( $p \leq 0,05$ ) (норма —  $13,67 \pm 1,3$  сек); концентрации фибриногена А на  $14,5\%$  — до  $6,12 \pm 0,51$  г/л ( $p \leq 0,05$ ) против контрольной группы, где сни-



жение составило 1,4% —  $7,05 \pm 0,53$  г/л (норма —  $4,31 \pm 1,145$ ). На фоне введения перфторана отмечали достоверно значимое снижение уровня РФМК, начиная со 7 сутки после операции. При использовании перфторана спустя сутки отмечено удлинение АПТВ на 14,7% ( $28,1 \pm 2,5$  сек) и на 3-е сутки на 9,38% ( $26,8 \pm 1,9$  сек) и к 2 неделям на 18,36% ( $29 \pm 1,05$  сек). При сравнении между собой удлинение АПТВ при применении перфторана значимо больше ( $p \leq 0,05$ ), чем в контрольной группе. В группе, где животные получали в комплексе и инфузии перфторана, активность фибринолитической системы крови достоверно ускорилось, чем при использовании традиционного

способа лечения. На фоне комплексной профилактики отмечали уменьшение фибриногена В до ++ (18,8%) на 1 сутки после операции и + (81,8%) против контрольной группы, где ++ (36,4%) и + (63,6%).

**Заключение.** Применение перфторана в комплексной профилактике ранних нарушений в системе гемостаза после обширных операций на органах таза способствует снижению тромбогенного потенциала крови, позволяет значительно раньше нормализовать показатели свертывающей и противосвертывающей систем крови и тем самым снижает риск возникновения ранних тромбоэмболических осложнений после обширных операций.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Феоктистова Е.В., Дегтярева А.В., Рачков В.Е., Ускова Н.Г.

*Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова,  
Кафедра детской хирургии Российского государственного медицинского университета  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

Впервые лапароскопический способ реконструкции желчевыводящих путей (ЖВП) при кистах холедоха был предложен в 1995 году итальянским хирургом G.A. Farello, а первая лапароскопическая портоэнтеростомия при билиарной атрезии была впервые выполнена в Бразилии в 2002 году (Esteves E.).

**Цель исследования:** изучить возможность лапароскопической реконструкции ЖВП при билиарной атрезии и кистах холедоха у новорожденных и детей грудного возраста.

**Материалы и методы.** Первая лапароскопическая портоэнтеростомия была выполнена в нашем отделении в ноябре 2007 года ребенку 1 месяца 13 дней с билиарной атрезией. Операцию осуществляли из лапароскопического доступа с использованием 5 троакаров. Выполняли интракорпоральное иссечение желчного пузыря и наружных ЖВП с выделением портальной площадки. Далее осуществляли экстракорпоральное формирование петли тощей кишки по Ру с последующим интракорпоральным наложением портоэнтероанастомоза.

Первая лапароскопическая реконструкция ЖВП при кистах холедоха была выполнена в нашем отделении в мае 2008 года. Операцию осуществляли из лапароскопического доступа с использованием 5 троакаров. Выполняли интракорпоральное иссечение желчного пузыря, кисты холедоха и наружных ЖВП до проксимальной части общего печеночного протока. Далее осуществляли экстракорпо-

ральное формирование петли тощей кишки по Ру с последующим интракорпоральным наложением гепатикоэнтероанастомоза.

С ноября 2007 по апрель 2011 гг. в отделении торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова были выполнены 33 лапароскопические операции по поводу пороков развития ЖВП, из них 2 у новорожденных (в возрасте 14-ти и 24-х дней) по поводу кист холедоха и 21 у детей грудного возраста: 17 по поводу билиарной атрезии (в возрасте от 1 месяца 13 дней до 4 месяца 5 дней), 3 по поводу кист холедоха и 1 по поводу другой аномалии ЖВП (в возрасте от 1 месяца 29 дней до 4 месяцев 28 дней).

**Результаты:** в группе детей с билиарной атрезией ( $n=17$ ) в 58,9% случаев (10 детей) мы наблюдали хороший результат, заключающийся в достоверном стойком снижении уровня общего билирубина за счет прямой фракции в послеоперационном периоде в 2 и более раза по сравнению с исходным уровнем. В 23,5% случаев (4 детей) был получен удовлетворительный результат (достоверное стойкое снижение уровня билирубина менее чем в 2 раза), в 17,6% (3 детей) — неудовлетворительный (отсутствие снижения и даже повышение уровня билирубина после операции). Таким образом, мы считаем, что более чем у 80% детей после операции был восстановлен удовлетворительный пассаж желчи в желудочно-кишечный тракт. Наиболее частым осложнением, наблюда-

емым нами в раннем послеоперационном периоде, был холангит (23%). Выживаемость детей без показаний к трансплантации печени при сроке наблюдения от 0 месяцев до 2,5 лет составила 35,3% (6 пациентов).

В группе детей с кистами общего желчного протока и другими пороками развития ЖВП (n=6) результатом лечения явилось полное выздоровле-

ние детей. Явления холестаза в послеоперационном периоде были полностью купированы, за время наблюдения холангитов не отмечалось.

**Заключение.** Лапароскопические реконструктивные операции при пороках развития ЖВП могут быть и должны быть предложены в качестве операций выбора у новорожденных и детей грудного возраста.

## КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Лысанюк М.В.

Военно-медицинская академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить результаты обследования и хирургического лечения больных с карциноидными опухолями желудочно-кишечного тракта (КО ЖКТ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 44 больных с КО ЖКТ: 17 пациентов (9 женщин и 8 мужчин) с карциноидами желудка (КЖ) и 27 (14 женщин и 13 мужчин) — с карциноидами толстой кишки (КТК). Возраст пациентов колебался от 24 лет до 81 года, в среднем составил  $56,3 \pm 5,2$  лет. Для диагностики КО ЖКТ выполнялись биохимические, инструментальные (ФГДС, ФКС, ирригоскопия, КТ) и морфологические (гистохимические, иммуногистохимические) методы исследования. Специальные радиоиммунные методы исследования выполнялись при карциноидном синдроме для определения уровня серотонина и его метаболитов в моче. Чувствительность этих методов составила 80% и 25% соответственно.

Клинические симптомы, относящиеся к карциноидному синдрому (КС), выявлены у 11,1% больных. Время от проявления КС до поступления в хирургический стационар составило  $11,2 \pm 3$  мес. В 41,1% случаев клиническая картина КО ЖКТ была схожей с аденокарциномой, что послужило основанием для обследования в сроки до 1 года. КЖ у 12 пациентов выявлялись в виде случайных находок при плановой ФГДС и у 5 больных при развитии осложнений (кровотечение, стеноз). До операции морфологическое подтверждение КЖ удалось выполнить только у 4 из 17 больных, в остальных случаях — только после операции. Диагноз КТК на дооперационном этапе не был установлен ни у одного из больных.

Оперативное лечение КЖ осуществлено в виде резекции желудка у 8 пациентов, эндоскопиче-

ского удаления полипов (диаметром не более 1,0 см) — у 8 больных и диагностической лапаротомии в одном случае в связи с неоперабельностью опухоли. При КТК плановые хирургические вмешательства выполнены в 88,9% наблюдений: правосторонняя гемиколэктомия (ГЭ) выполнена у 6 больных, удаление полипов прямой кишки — у 6, резекция сигмовидной кишки — у 5, брюшно-анальная резекция прямой кишки — у 3, левосторонняя ГЭ — у 2. Одной пациентке, в связи с распространенным опухолевым процессом, выполнена резекция прямой кишки с удалением матки и ее придатков. Диагностическая лапароскопия с биопсией новообразования, при наличии метастазов в печени и по брюшине выполнена в одном случае. По срочным показаниям аппендэктомия осуществлена у 3 пациентов. Осложнений и летальных исходов не было.

**Заключение.** Клинические проявления КО ЖКТ мало специфичны, что оказывается причиной поздней диагностики данной патологии и несвоевременного лечения. Широкое внедрение современных радиоиммунных методов лабораторного анализа (определение хромогранина А и серотонина) и своевременное выполнение ФГДС и ФКС с применением иммуногистохимических методик позволит не только подтвердить диагноз, но и завершить лечение с помощью малоинвазивной эндоскопической операции, что улучшит результаты лечения таких больных и качество их жизни. Для профилактики рецидивов КО ЖКТ, а также лечения генерализованных форм обосновано применение современных фармакологических препаратов — аналогов соматостатина и интерферона-альфа, позволяющих достичь не только симптоматического улучшения в 80-90% случаев, но и стабилизацию объема опухоли в 30-75% наблюдений.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Лысанюк М.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

*Целью исследования* явилось изучение современных возможностей клиничко-лабораторной и инструментальной диагностики и хирургического лечения больных нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы (НЭОПЖ).

*Материалы и методы.* Проанализированы результаты обследования и лечения 124 больных с НЭОПЖ. Органический гиперинсулинизм (ОГИ) диагностирован у 68 пациентов (опухолевая форма у 85% наблюдений, а безопухолевые варианты — у 15%), гастринома — у 43, редкие формы опухолей (карциноид, глюкаганомы, випомы) — у 13. Обследование больных с НЭОПЖ проводилось с применением гормональных (иммунореактивный инсулин, С-пептид, гастрин, хромогранин А), функциональных (проба с голоданием, оценка желудочной секреции), инструментальных (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ, ангиография) и морфологических исследований (световая и электронная микроскопия, иммуногистохимия).

Проведенный анализ особенностей клинических проявлений свидетельствует о поздней диагностике НЭОПЖ, что связано со сходством клинического течения этих новообразований с некоторыми заболеваниями. У больных с ОГИ только в 42,5% наблюдений правильный диагноз был установлен в течение первого года заболевания. Пациентам с гастриномой неоднократно выполнялись операции по поводу осложненного течения язвенной болезни. Наибольшие трудности на дооперационном этапе связаны с диагностикой карциноидов в связи с отсутствием у большинства больных типичных клинических проявлений карциноидного синдрома. При оценке лабораторных методов диагностики установлено, что в покое только у 50% больных с ОГИ отмечалось снижение уровня глюкозы крови, а при пробе с голоданием гипогликемия верифицирована только у 89%. Комплексное применение лабораторных методов исследования позволили верифицировать ОГИ в 93% случаев. У пациентов с гастриномой гиперсекреция диагностирована только у 67% больных. Исследование уровня гастри-

на крови повышает эффективность дооперационной диагностики заболевания до 96%. Лучевые методы топической диагностики НЭОПЖ не обеспечивают достаточной информативности, так чувствительность УЗИ составила 66%, КТ — 64%, МРТ — 62%. Наибольшую информативность в топической диагностике НЭОПЖ установлена при СКТ и ПЭТ с чувствительностью 75% и 80% соответственно. Анализ применения лучевых методов исследования на современном этапе свидетельствует о необходимости их дополнения интраоперационным УЗИ, что позволяет локализовать опухоль в поджелудочной железе с чувствительностью 93% и выбрать наиболее адекватный объем оперативного вмешательства. Изучение выполненных операций свидетельствует, что энуклеация опухоли выполнена в 37% случаев, дистальная резекция поджелудочной железы с опухолью — в 39%, краевая резекция поджелудочной железы — в 21%, панкреатодуоденальная резекция — в 3%. Наиболее частыми осложнениями в после операции явились острый панкреатит и панкреатические свищи, которые возникали после краевой резекции поджелудочной железы, в связи с чем в настоящее время данный вид оперативного вмешательства не применяется. Использование сандостатина и его аналогов в до-, интра- и послеоперационном периоде у больных НЭОПЖ позволило уменьшить частоту основных послеоперационных осложнений в 3 раза.

*Заключение.* Современные методы лабораторно-инструментальной диагностики позволяют своевременно диагностировать НЭОПЖ. Применение рациональных вариантов оперативных вмешательств и мер профилактики послеоперационных осложнений улучшило результаты хирургического лечения больных и качество их жизни. Достоверная морфологическая верификация потенциала злокачественности, как и определение экспрессии соматостатиновых рецепторов в этих новообразованиях, позволит существенно улучшить результаты лечения данной категории больных за счет обоснованного назначения адъювантной лекарственной терапии.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИЛЮСНЫХ И ДИСТАЛЬНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ ПЕЧЕНИ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Рудаков А.В., Охотина А.В.,  
Рудакова О.В., Бабенко Е.А.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,  
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** разработка методов хирургического лечения гилюсных и дистальных холангиокарцином печени.

**Материалы и методы.** Хирургическому лечению подверглись 88 больных с гилюсными и дистальными холангиокарциномами (ГХ, ДХ) печени. Мужчин было 37, женщин — 51, в возрасте от 31 до 89 лет. Радикальные операции выполнены у 55 (62,5%) больных с 1 (1,25%) летальным исходом. 33 (37,5%) пациентам произведены паллиативные вмешательства с 3 (3,3%) летальными исходами.

При поражении желчных протоков при ГХ (тип II, III-A, III-B по М. Bismuth — М.В. Corlett, 1975) 6 (6,8%) больных выполнили: би-, сегментэктомии, гемигепатэктомии с обязательным удалением I сегмента, с резекцией у всех гепатикохоледоха и гилюса, и последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру, а также лимфаденэктомией.

Из 35 (39,77%) больных с ГХ у 3 (3,4%) с инвазией на ограниченном участке воротной вены и ее ветвей выполнена краевая (сегментарная) резекция сосудистой стенки с наложением сосудистого шва или анастомоза «конец-в-конец» (2-3-4 стадии по Gazzaniga, 1985).

32 (36,36%) больным с обширной инфильтрацией и участками глубокой инвазии печеночной артерии, воротной вены и остающихся их ветвей после гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэктомии, сосудистые структуры были выделены из ракового инфильтрата, ручным диссекционным способом, разработанным нами, с оставлением небольших «пластинок» опухолевой ткани на сосудистых стенках, в случаях глубокой инвазии, с последующей их аппликационной криодеструкцией по разработанной нами технологии (Патент на изобретение и № 2314044 от 2008 г.). Микрометастазы,

остающиеся на выделенных из инфильтрата стенках сосудов, были подвергнуты «поверхностной» криодеструкции методом крионапыления.

Пораженные опухолью вне- и внутрипеченочные желчные протоки иссекались с гистологическим исследованием тканей по границам резекции с последующей реконструктивной операцией — наложением прецизионного билиодигестивного анастомоза.

Из 17 (19,32%) пациентов с ДХ радикальные вмешательства выполнены 14 (15,9%) больным. Летальных исходов не было. Паллиативные операции выполнили 3 (3,4%) больным. Из 14 радикальных операций у 11 (12,5%) больных были срединные холангиокарциномы (СХ). В 8 (9,1%) случаях, у них произведено иссечение внепеченочных желчных протоков в пределах здоровых тканей с реконструктивной операцией. 3(3,4%) выполнено иссечение внепеченочных желчных протоков с реконструктивной операцией и криодеструкцией остающейся дистальной части протока.

Из 3 (3,4%) больных с ДХ у 2 (2,27%) выполнены расширенная ПДР, 1 (1,14%) с опухолевой инвазией в стенку верхней брыжеечной вены выполнена расширенная ПДР и криодеструкция остающейся «пластинки» опухолевой ткани на сосуде.

**Результаты и заключение.** У 32 (36,36%) больных с ГХ были использованы два метода криодеструкции: аппликационный — на «пластинки» опухолевой ткани, при глубокой инвазии стенок сосудов, и крионапыление — при наличии поверхностных микрометастазов на трубчатых структурах, выделенных из ракового инфильтрата. Также у 14 (15,9%) больных с ДХ и СХ удалось достоверно достигнуть радикальности лечения при одном летальном исходе, увеличении сроков выживаемости с отсутствием отдаленных рецидивов в области криовоздействия.



## РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ СЕГМЕНТАРНЫХ СОСУДИСТО-СЕКРЕТОРНЫХ НОЖЕК И ТРУБЧАТЫХ СТРУКТУР ВОРОТ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ ВЫСОКОНАПОРНОЙ ГАЗОВОЙ СТРУИ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Костенко Л.Л., Рудакова О.В., Охотина А.В.,  
Рудаков А.В., Перунов Д.А., Сердюк Р.С.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,

ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** разработка в эксперименте и внедрение способа обработки сегментарных сосудисто-секреторных ножек и трубчатых структур ворот печени методом высоконапорной газовой струи. Провести сравнительный анализ с ранее предложенными видами обработки сосудисто-секреторных ножек при резекциях печени.

**Материалы и методы.** Эксперимент выполнялся на 48 беспородных кошках. Животные были разделены на две равные группы. В первой контрольной группе (А) атипичные резекции выполнялись путем наложения печеночного П-образного шва на сосудисто-секреторную ножку сегментов. Во второй экспериментальной — группа (В) резекции выполнялись с помощью высоконапорной газовой струи подаваемой, установкой для дифференцированного рассечения тканей паренхиматозных органов (авт. св. № 30259 от 21.03.2001 г.). Для определения характера и глубины повреждения паренхимы печени при воздействии газовой струи или механическом раздавливании паренхимы печени П-образным швом проводили гистологические исследования раневой поверхности резецированного сегмента печени на 1, 3, 7 и 21 сутки после операции. Использовали окраски препарата: гематоксилин-эозин по методике ван Гизона и ШИК-реакцию. Интраоперационно проводилась оценка объема кровопотери на этапе резекции, а также подсчет лигатур, обеспечивающих окончательный гемостаз.

**Результаты.** Операционная летальность отсутствовала. Подбиралось оптимальное атмосферное давление высоконапорной газовой струи, при котором оставались неповрежденными сосуды диаметром 0,5-1 мм. Размеры и объемы резецируемой печени не имели различия в обеих группах. Время продолжительности операции в группе А составило  $35 \pm 5$  мин в группе В  $40 \pm 4$  мин; времени, затрачи-

ваемого на пересечение паренхимы печени в группе А и В составило соответственно  $15 \pm 5$  мин и  $20 \pm 4$  мин. При этом в группе В для достижения окончательного гемостаза потребовалось меньше времени  $5 \pm 2$  мин против  $10 \pm 3$  мин в группе А, который был обеспечен наложением лигатур (в группе А 7-9, в группе В 3-5). Общая кровопотеря была меньше в экспериментальной группе ( $15,3 \pm 4,4$  мл) по сравнению с контрольной ( $40,3 \pm 9,5$  мл).

В экспериментальной группе объем зоны травматического (1 сутки) и вторичного (опосредованного повреждением сосудов) некроза (3 сутки) статистически достоверно меньше.

В группе В на 3 сутки наблюдалась демаркационная реакция, во второй группе А эти изменения регистрировались только на 7 сутки, зрелый линейный рубец в экспериментальной группе был сформирован на 21 сутки, во второй группе рубец на этом сроке представлен созревающей и молодой грануляционной тканью.

Таким образом, в группе В за счет существенного снижения объема зоны повреждения ускорилась динамика формирования рубца и он имел лучшие морфометрические характеристики.

В клинике выполнено 23 атипичные резекции печени с использованием высоконапорной газовой струи по поводу ООП печени. Выполнено 12 бисегментэктомий и 11 трисегментэктомий. Кровопотеря на этапе резекции составила  $40 \pm 4,4$  мл. Послеоперационный койко-день в среднем составил 7 дней.

**Выводы.** Полученные результаты показывают, что метод обработки сосудисто-секреторных ножек сегментов высоконапорной газовой струей при резекциях печени различных объемов позволяет прецизионно и бескровно выделять (до 0,5 мм) трубчатые структуры печени, производить надежный гемостаз, не нарушая сегментарного кровоснабжения.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ВОРОТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ИНВАЗИЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ ОРГАНА

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Понкина О.Н., Рудаков А.В.,  
Охотина А.В., Бабенко Е.А.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,  
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** разработка и использование новых технологий и средств, позволяющих повысить радикальность и резектабельность в хирургическом лечении первичного рака печени воротных локализаций (ПРП).

**Материалы и методы.** Всего пролечено 221 пациентов с ПРП воротных локализаций, в возрасте от 10 до 89 лет ( $58 \pm 9,2$ ). Из них оперировано 171 (77,37%) больных, с 7 (3,16%) летальными исходами. Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 126 (73,68%) больных с 5 (2,92%) летальными исходами. Из них 37 (29,36%) с механической желтухой и инвазией в сосудистые структуры. Паллиативные операции произведены у 45 (26,3%) больных с 2 (1,17%) летальными исходами.

Обширные резекции органа были выполнены у 93 (73,8%) больных с 5 (3,96%) летальными исходами, из них у 31 (24,6%) с механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды. Три- и бисегментэктомии у 33 (26,2%) пациентов с механической желтухой, без летальных исходов. Из них у 6 (4,76%) с центральными локализациями, осложненными механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды. У всех произведены лимфаденэктомии с гистологическим исследованием, косвенно определяющим процесс распространения злокачественного поражения.

Из 64 (50,79%) пациентов с механической желтухой, радикально оперированных у 27 (21,43%) больных с вовлечением у них в опухолевый процесс только желчных протоков, были выполнены бисегмент- или гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледоха и конfluence, вплоть до второго деления протоков (в проксимальном направлении), и гистологическим исследованием на наличие опухолевого роста по краям резекции, лимфаденэктомии

с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с петель тонкой кишки по Ру.

При вовлечении в опухолевый процесс желчных протоков и сосудов оперировано 37 (29,36%) больных. Произведены: сегментэктомии, лево- и правосторонние гемигепатэктомии или расширенные гемигепатэктомии с иссечением желчных протоков в пределах здоровых тканей и реконструктивной операцией — формированием билиодигестивного прецизионного анастомоза. Магистральные сосудистые структуры были выделены ручным и газоструйным (авт. св. № 30259 от 21.03.2003 г.) диссекционными методами, по разработанным нами технологиям, из ракового инфильтрата с оставлением «пластинок» патологической ткани на стенках трубчатых структур — при глубоком поражении, которые невозможно было удалить без образования не устранимого дефекта в их стенке. Аппликационным методом выполнена глубокая криодеструкция «пластинок» патологической ткани и «мягкая» криодеструкция, — методом крионапыления — для ликвидации микрометастазов на сосудах, выделенных из инфильтратов (авт. св. № 2314044 от 26.05.2006 г.). С 2000 года все операции осуществлялись из срединного доступа, без полной или частичной изоляции печени, а также без шунтирования и пережатия ГДС.

**Результаты и заключение.** Отдаленные послеоперационные результаты исследованы у 126 больных, радикально оперированных. Выживаемость составила 1 год — у 121 (96,03%), кроме 5 (3,96%) летальных исходов, 2 года — у 106 (84,13%), 3 года — у 82 (65,07%), 5 лет — у 57 (45,23%). Необходимо отметить отсутствие рецидивов заболеваний в области криодеструкции магистральных сосудистых структур, что подтверждает радикальность метода.

## ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Русин В.И., Болдижар А.А., Мартяшов А.В.

Кафедра хирургических болезней Медицинского факультета Ужгородского национального университета, Ужгород, Украина

**Цель исследования:** определить роль состояния протоковой системы поджелудочной железы в оптимизации выбора оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Роль протоковой системы поджелудочной железы в патогенезе возникновения псевдокиста поджелудочной железы еще достаточно не изучена.

Псевдокиста в половине случаев может развиваться после острого панкреатита, когда некроз перипанкреатических тканей может достичь степени их разрежения с последующей организацией и формированием псевдокисты, которая может иметь связь с панкреатическим протоком.

Псевдокиста может развиваться у 25-30% больных с хроническим панкреатитом в результате стриктуры или обтурации протока поджелудочной железы, когда вследствие повышения внутрипротокового давления происходит подтекание панкреатического секрета с его скоплением в препанкреатических тканях. И, наконец, тупая или проникающая травма может непосредственно привести к повреждению протока поджелудочной железы с формированием крупных псевдокист.

С целью изучения состояния поджелудочной железы и ее протоковой системы 356 пациентам с явлениями хронического панкреатита и наличием псевдокисты поджелудочной железы выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

**Результаты.** По результатам эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии нами предложены дополнения Кембриджской классификации и выделено девять вариантов стриктуры протоковой системы поджелудочной железы при псевдокистах.

Вариант А — вклиненный конкремент большого дуоденального сосочка, гипертензия желчевыводящих путей и панкреатического протока. В данном случае патогенетически обоснованным является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции и формирования цистоэнтероанастомоза.

Вариант Б — умеренное расширение холедоха и основного протока поджелудочной железы, в такой ситуации мы считаем целесообразным формирование цистоэнтероанастомоза.

Вариант В — стриктура дистального отдела протока поджелудочной железы, сегментное расширение последнего. В данном случае оправдано стентирование протока и наложение цистоэнтероанастомоза.

Вариант Г — проток поджелудочной железы в виде «цепи озер». В такой ситуации целесообразно выполнение продольной панкреатоеюностомии.

Вариант Д — стриктура протока поджелудочной железы в дистальном и проксимальном отделах. Данный вариант требует выполнения продольной панкреатоеюностомии.

Вариант Е — стриктура протока поджелудочной железы на уровне тело-хвост. Данный вариант предполагает выполнение стентирования протока или операций Фрея, Бегера, или же дистальной резекции поджелудочной железы.

Вариант Ж — стриктура дистального отдела холедоха, расширение главного протока поджелудочной железы и протока Санторини, через который происходит эвакуация в двенадцатиперстную кишку. В этом случае оптимальным, на наш взгляд, является выполнение папиллосфинктеротомии или папиллосфинктеропластики и формирования цистоэнтероанастомоза.

Вариант З — псевдокиста поджелудочной железы, имеющая связь с расширенным протоком поджелудочной железы в ее проксимальном отделе, дистальная часть панкреатического протока не визуализируется. Данная ситуация требует выполнения дистальной резекции поджелудочной железы вместе с псевдокистой.

Вариант И — локальное расширение протоковой системы только в головке поджелудочной железы в виде «звезды». В такой ситуации, на наш взгляд, при выраженном болевом синдроме возможно выполнение панкреатодуоденальной резекции.

Таким образом, вполне логично, что при лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы нужно решать две задачи — ликвидацию протоковой гипертензии и лечения псевдокисты.

**Выводы.** Дополненная Кембриджская классификация вариантов стриктуры протоковой системы поджелудочной железы при хроническом панкреатите позволяет выбрать оптимальный вариант того или иного метода хирургического лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Русин В.И., Русин А.В., Чобей С.М., Куденко А.Ю.

*Кафедра хирургических болезней Медицинского факультета Ужгородского национального университета, Ужгород, Украина*

**Введение.** Общеизвестно, что основная масса больных раком толстой кишки начинает свое лечение при III-IV стадиях заболевания, которые сопровождаются той или иной степенью опухолевого стеноза, при этом 10-25% больных имеют метастазы в печень у еще у 20-25% диагностируют метастазы в печень в первые 12 месяцев после хирургического удаления опухоли.

**Цель исследования:** изучить отдаленные результаты лечения больных обструктивным раком ободочной кишки с метастазами в печень в зависимости от способа лечения.

**Материалы и методы.** Из 357 больных, оперированных по поводу обструктивного рака ободочной кишки в хирургической клинике Закарпатской областной клинической больницы им. Андрея Новака, 93 (26%) пациента имели метастазы в печень, а 15 из них — тромбоз системы воротной вены.

Больные с метастатическим поражением печени и тромбозом воротной вены разделены на 4 группы.

I группа — 27 больных с одиночными и множественными метастазами в печень, которым выполнено удаление рака ободочной кишки с продленной внутриартериальной полихимиотерапией через собственную печеночную артерию.

II группа — 32 пациента с солитарными метастазами в печень. Из них 15 выполнена атипичная резекция печени с удалением метастазов, 11 — бисегментэктомия, 4 — сегментэктомия, 2 — гемигепатэктомия. Всем больным выполнено радикальное удаление рака ободочной кишки с продленной внутриартериальной полихимиотерапией, у 16 — после операции, у 16 — до операционного вмешательства с пломбированием метастатических опухолевых сосудов. Для удаления метастазов VI-VII сегментов печени использовали методику "Piggy-back".

III группа — 15 пациентов с тромбозами системы воротной вены, которым после радикально-

го лечения обструктивного рака ободочной кишки проводили продленную внутриартериальную полихимиотерапию, у 11 больных дополненную селективным тромболизом (1500000 ЕД стрептодеказы) и суперселективной полихимиотерапией соответствующего сегмента воротной вены.

IV группа — 34 больных с солитарных метастазами (18) и множественными метастазами в печень (16), которым селективная внутриартериальная полихимиотерапия не проводилась.

**Результаты и обсуждение.** Кумуляционный анализ продолжительности жизни по Kaplan-Mayer у больных обструктивным раком ободочной кишки с метастазами в печень в зависимости от способа лечения показал, что наилучшие результаты наблюдаются во второй группе больных при комбинированном лечении с сочетанием хирургического метода удаления метастазов и суперселективной полихимиотерапией и пломбировкой сосудов, где общая продолжительность жизни на третий год составила 34,6%.

В первой группе больных средняя продолжительность жизни составила  $24 \pm 2,3$  месяца.

В третьей группе три года пережило 19,5% больных, в четвертой группе средняя продолжительность жизни после операции составила  $3,6 \pm 1,5$  месяца.

**Выводы.** 1. Лучшие отдаленные результаты лечения больных обструктивным раком ободочной кишки с метастазами в печень наблюдаются при комбинированном лечении с сочетанием хирургического метода удаления метастазов и суперселективной внутриартериальной полихимиотерапией. 2. Тромболитическая терапия при обструктивном раке толстой кишки в случае гематогенного имплантационного тромбоза системы воротной вены малоэффективна, в то же время внутриворотная полихимиотерапия при имплантационных венозных тромбозах продлевает жизнь пациентов.



## ОПЫТ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Русинов В.М., Булдаков В.В.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

**Цель исследования:** оценить резектабельность и объем выполняемой операции при радикальном лечении рака Клатскина, особенности восстановления желчеоттока, основные типы и частоту послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** За период с 2001 по 2010 гг. на лечении в Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ находилось 89 больных с холангиокарциномой проксимальных желчных протоков. Мужчин — 48 (53,9%), женщин — 41 (46,1%). Средний возраст —  $63,7 \pm 9,5$  года. Согласно классификации Bismuth тип I опухоли имелся у 12 (13,5%) больных, тип II — у 14 (15,7%), тип III (А и В) — у 35 (39,3%), тип IV — у 28 (31,5%). Радикально оперированы 19 (21,3%) больных. Средний возраст оперированных радикально больных составил  $58,1 \pm 9,3$  лет. Среди радикально оперированных тип I опухоли наблюдали у 2 (10,5%) больных, тип II — у 3 (15,8%), тип III — у 9 (47,4%), тип IV — у 5 (26,3%).

**Результаты.** Объем радикальных операций включал: изолированную резекцию желчных протоков (только при I-II типе опухоли) у 5 (26,3%) больных; резекцию внепеченочных желчных протоков в сочетании с гемигепатэктомией или расширенной гемигепатэктомией — у 14 (73,7%). Лимфодиссекция осуществлялась у всех пациентов. Радикальное удаление опухоли потребовало выполнения резекции сосудов у 7 (36,8%) больных: воротной вены или ее ветвей — у 6, печеночной артерии — у 1.

После удаления опухоли реконструкции подлежали: один проток — у 4 (21,1%) больных, два — у 8 (42,1%), три — у 5 (26,3%), четы-

ре — у 2 (10,5%). Средний диаметр протоков составил  $7,3 \pm 3,1$  мм. Наиболее частой комбинацией протоков, подлежащих реконструкции после правосторонней гемигепатэктомии были — проток левого латерального сектора плюс проток IV сегмента (25,0%); после левосторонней гемигепатэктомии — два правых секторальных протока (75,0%). Восстановление желчеоттока посредством холангиоеюноанастомоза осуществлено одновременно с основным этапом радикальной операции 18 (94,7%) пациентам. Единый анастомоз применен в 10 (55,6%) случаях, раздельный — в 8 (44,4%). Каркасное дренирование при реконструкции применено у 2 (11,1%) пациентов.

Послеоперационные билиарные осложнения возникли у 6 (31,6%) больных, из них несостоятельность билиодигестивного анастомоза — 3 (15,8%), желчеистечение из культи печени — 3 (15,8%). Релапаротомии потребовались двум больным: при дислокации холангиостомы и при несостоятельности холангиоеюноанастомоза. Острая печеночная недостаточность в послеоперационном периоде развилась у 5 (26,3%) с одним летальным исходом (5,3%).

**Выводы.** Основным типом радикальной операции при раке Клатскина целесообразно считать резекцию внепеченочных желчных протоков с обширной резекцией печени (73,7%), у каждого третьего из них в сочетании с резекцией сосудов в гилсонических воротах (36,8%). Основные типы послеоперационных осложнений — билиарные и острая печеночная недостаточность. Выполнение радикальных операций с реконструкцией желчных протоков требует тщательного соблюдения прецизионности шва, оценки функционального состояния остающейся паренхимы печени.

## ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОМ СПОСОБЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Рябков М.Г., Лукьянычев Е.Е., Бровкин А.Е., Наливайский А.А.

«Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск,

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, Москва, Россия

Интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) осложняет течение до 30% случаев инфицированного панкреонекроза (Malbrain M.L.N.G., 2006; Бутров А.В. и соавт., 2008; Забелин М.В., 2010).

Однако в настоящее время разработаны и относительно широко применяются лишь способы хирургической декомпрессии брюшной полости, основанные на методике открытого или полукрытого ве-

дения лапаротомной раны (Измайлов С.Г., 2010). При этом большая часть больных не нуждается в плановых повторных операциях и оставленная открытой лапаротомная рана является для них потенциальным источником раневых и абдоминальных осложнений.

**Цель исследования:** разработка и внедрение алгоритма хирургической коррекции интраабдоминальной гипертензии у больных с панкреонекрозом при закрытом способе ведения лапаротомной раны.

**Материалы и методы.** Разработанный алгоритм включает следующие мероприятия. После основного этапа операции при отсутствии показаний к плановым санациям брюшной полости и внутрибрюшном давлении (ВБД) 8 мм рт. ст. (измеряли интраоперационно при сопоставленных краях лапаротомной раны) проводили интубацию тонкой кишки и, в послеоперационном периоде, лаваж кишечника 10% раствором гидроксиэтилкрахмала (Тетраспан 10). Если ВБД при этих условиях превышало 13 мм рт. ст., кроме декомпрессии и лаважа кишечника, применяли разработанный нами способ этапного декомпрессионного сопоставления мышечно-апоневротического слоя (МАС) при ушитой коже лапаротомной раны.

Способ заключается в том, что края лапаротомной раны сводили П-образно изогнутыми спицами Киршнера, проведенными через кожу и подкожную жировую клетчатку паравульварной области с одной стороны раны и МАС другой стороны. Дозированное сопоставление краев МАС производили разведением бранш спицевого абдоминаль-

ного раневого контрактора (Измайлов С.Г., 2009) под контролем ВБД и УЗИ при наложенных на кожу раны швах. Для этапного и окончательного закрытия дефекта МАС использовали наложенный во время операции, но не затянутый непрерывный шов, концы лигатур которого выведены на кожу.

При отсутствии положительной динамики в послеоперационном периоде и наличии стойкого роста ВБД выше 13 мм рт. ст., производили релапаротомию и переходили к полуоткрытому либо открытому способу ведения релапаротомной раны.

Разработанный алгоритм применен в лечении 14 пациентов, прооперированных по поводу инфицированного панкреонекроза, распространенного серозного перитонита. Результаты внедрения предложенного алгоритма сравнивали с результатами традиционного хирургического лечения больных с той же патологией, осложненной интраабдоминальной гипертензией (контрольная группа, n=34).

**Результаты:** ВБД после операции снизилось в основной группе на 13,6%, ( $p=0,008$ , критерий Вилкоксона). В контрольной группе ВБД снизилось на 8,5% ( $p=0,023$ , критерий Вилкоксона). ВБД после операции в контрольной группе было выше чем в основной на 32,4% ( $p=0,018$ , U-критерий Манна-Уитни).

**Выводы.** Разработанный алгоритм хирургического лечения больных с острой абдоминальной патологией, осложненной ИАГ позволяет снизить ВБД на 13,6% ( $p=0,008$ ) в условиях закрытой послеоперационной раны и избежать повторной операции для устранения дефекта апоневроза.

## ГИПЕРТЕНЗИЯ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ, КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Рябков М.Г., Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Ладыгин Е.В.

«Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск,  
Главный клинический военный госпиталь ФСБ России, Голицыно, Россия

Одним из наиболее тяжелых осложнений панкреонекроза являются свищи желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Они возникают у 6,3-25% больных. При этом многие вопросы патогенеза формирования свища не изучены (Данилов М.В. с соавт., 2000; Катасонов М.В., 2009). В частности, известно, что растяжение кишечной стенки приводит к быстрому нарушению микроциркуляции (МЦ), развитию деструктивных изменений в слизистой оболочке кишки (Чадаев А.П., и соавт., 2006; Круглянский Ю.М., 2007), однако критический уровень давления в толстой кишке, приводящий к

микроциркуляторным и трофическим нарушениям остается неизвестным.

**Цель экспериментального исследования:** определение уровня внутрикишечного давления (ВКД), вызывающего декомпенсацию МЦ-нарушений в стенке толстой кишки.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на 36 беспородных собаках распределенных по группам в зависимости от уровня повышения ВКД: I группа (5 мм рт. ст., n=10), II группа (15 мм рт. ст., n=10), III группа (25 мм рт. ст., n=8), IV группа (35 мм рт. ст., n=8).

ВКД контролировали через ПХВ-зонд (3 мм), установленный в просвет кишки. Микроциркуляцию в стенке кишки оценивали при помощи ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

**Результаты.** В I группе отметили снижение М (перфузии) на 37,7% ( $p=0,005$ , критерий Вилкоксона).  $\delta$  (модуляции кровотока) снизилась на 41,1% ( $p=0,005$ ) за счет уменьшения вклада  $A_{maxD}/M$  (дыхательного) и  $A_{maxC}/M$  (сердечного) компонентов на 50,1% ( $p=0,005$ ) и 59,5% ( $p=0,005$ ), соответственно. ПШ (показатель шунтирования) увеличился на 24,3% ( $p=0,024$ ).

Во II группе выявили: рост  $\delta$  на 49,6% ( $p=0,007$ ); снижение  $A_{maxD}/M$  и  $A_{maxC}/M$  на 56,5% и ( $p=0,005$ ) и на 63,6% ( $p=0,005$ ), соответственно; повышение ПШ на 67,9% ( $p=0,005$ ).

В III группе отмечали: снижение М на 15,1% ( $p=0,036$ ) и ее  $\delta$  на 36,9% ( $p=0,005$ ); снижение  $A_{maxM}/M$  и  $A_{maxH}/M$  на 50,9% ( $p=0,005$ ) и 53,0% ( $p=0,005$ ), соответственно; повышение  $A_{maxC}/M$  на 34,7% ( $p=0,005$ ) и  $A_{maxD}/M$  на 41,8% ( $p=0,005$ ).

В IV группе отмечали: снижение М на 20,7% ( $p=0,005$ ); увеличение  $A_{maxC}/M$  на 63,2% ( $p=0,036$ ) и  $A_{maxD}/M$  на 142,9% ( $p=0,005$ ); снижение  $A_{maxM}/M$  на 36,8% ( $p=0,005$ ) и  $A_{maxH}/M$  17,1% ( $p=0,012$ ). ПШ снизился на 23,4% ( $p=0,005$ ), ИЭМ на 41,0% ( $p=0,005$ ).

**Выводы.** Основным патогенетическим звеном нарушения МЦ при гипертензии в толстой кишке является застой в веноулярном звене МЦ-русла.

ВКД 15 мм рт. ст. сопровождается значимым ухудшением перфузии. Декомпенсация нарушений МЦ в толстой кишке развивается при ВКД 25 мм рт. ст.

## НОВЫЙ ВАРИАНТ ТЕХНИКИ ОМЕНТОБУРСОСТОМИИ

Рябков М.Г., Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Ладыгин Е.В., Наливайский А.А.

*«Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск,*

*Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, Москва, Россия*

Оментобурсостома, как наиболее распространенный этап хирургического пособия при панкреонекрозе, в классическом варианте наложения (Гостищев В.К., 1995) включает следующие этапы: верхне-срединная лапаротомия, продольное рассечение желудочно-ободочной связки, некрэктомия, санация поджелудочной железы и парапанкреатической области. После этого формируют вход в оментобурсостому: из верхней части рассеченной желудочно-ободочной связки формируют складку-дубликатуру, которую подшивают к задней стенке начального отдела двенадцатиперстной кишки и желудка, тем самым закрывая сальниковое отверстие. Из нижней части рассеченной желудочно-ободочной связки также формируют складку-дубликатуру, которую подшивают к париетальной брюшине на 1-2 см ниже нижнего края поджелудочной железы. Верхний и нижний края сформированных складок-дубликатур подшивают к краям кожи лапаротомной раны.

Однако анализ анатомических соотношений и практический опыт свидетельствуют о том, что попытки наложения оментобурсостомы по данной методике в большинстве случаев невыполнимы или сопряжены с избыточной травматизацией и натяжением тканей в области фиксации складок-дубликатур из-за недостаточной длины дубликатур связки по отношению к ширине ободочной кишки (1,25-3 см и 4-9 см, соответственно).

В связи с этим, традиционно применяется упрощенный способ оментобурсостомии, при которой оперативное вмешательство включает следующие этапы: срединная лапаротомия, продольное рассечение желудочно-ободочной связки с доступом к поджелудочной железе через сальниковую сумку, некрэктомия, санация поджелудочной железы и парапанкреатической области, подшивание краев «окна» в желудочно-ободочной связке к краям верхней трети лапаротомной раны, установка тампонов в полость сальниковой сумки.

Однако и данный способ формирования оментобурсостомы имеет существенные недостатки: 1. края лапаротомной раны и стенки оментобурсостомы сразу после операции самопроизвольно сближаются, что ухудшает условия для оттока экссудата и эвакуации секвестров, делает более травматичным доступ к поджелудочной железе при этапных санациях парапанкреатической области и замене тампонов; 2. нижней стенкой оментобурсостомы является стенка поперечной ободочной кишки и лоскут желудочно-ободочной связки, фиксированный к париетальной брюшине, что в условиях многократных санаций парапанкреатической области и смены тампонов в сальниковой сумке увеличивает риск повреждения кишечной стенки, формирования кишечных свищей и распространения инфекции на нижележащие отделы брюшной полости.

С целью улучшения результатов хирургического лечения больных с панкреонекрозом путем уменьшения риска развития свищей поперечной ободочной кишки и вторичного инфицирования брюшной полости нами разработан и внедрен новый способ формирования оментобурсостомы.

Способ наложения оментобурсостомы с аутодермопротектором ободочной кишки и брюшной полости заключается в том, что лапаротомия осуществляется поперечным доступом на уровне реберных дуг и находится в проекции желудочно-ободочной связки. При этом средняя треть линии разреза кожи имеет дугообразный вид, выгнутый вверх, а средняя треть линии разреза мышечно-апоневро-

тического слоя имеет дугообразный вид, выгнутый вниз. После лапаротомии, рассечения желудочно-ободочной связки и санации сальниковой сумки с целью отграничения ободочной кишки и брюшной полости от сальниковой сумки кожный лоскут нижнего края лапаротомной раны погружают над поперечной ободочной кишкой в сальниковую сумку и фиксируют швами к брыжейке ободочной кишки, а дугообразный выступ мышечно-апоневротического слоя фиксируют к верхнему краю кожной раны.

В 2010-2011 гг. предложенным способом оперировано 4 пациента с инфицированным панкреонекрозом. В послеоперационном периоде: кишечные свищи — 0%, вторичный перитонит — 0%.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Савченко А.В., Третьяк С.И., Авдей Е.Л., Дзядзько А.М.

Белорусский государственный медицинский университет,  
УЗ «9 клиническая больница», Минск, Беларусь

**Цель исследования:** проанализировать факторы риска развития осложнений склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 220 больных с ВРВПЖ с синдромом портальной гипертензии (158 с внутривенечной и 62 с подпеченочной формой портальной гипертензии), в возрастном диапазоне от 15 до 78 лет. Всего в процессе исследования выполнено 614 сеансов эндоскопического склерозирования ВРВПЖ. В качестве склерозирующих агентов использовались: полидоканол («Этоксисклерол») 0,5–3% раствор, тетрадецилсульфат натрия («Тромбовар», «Фибро-Вейн») 1–3% раствор. Склерозирующие вещества вводили интра-, паравазально, либо смешанно. После выполнения сеанса склерозирующей терапии пациентам, у которых имело место поступление крови из мест инъекций, в случае невозможности остановки этого кровотечения дополнительным введением склерозанта, проводилась постановка зонда-обтуратора. Оценка эффективности склеротерапии и выявление возможных осложнений процедуры проводилась через 1 неделю. Осложнениями, которые имели место, были эрозии и язвы в местах введения склерозанта, а также кровотечения из них.

**Результаты.** Эрозивно-язвенные процессы развились в 176 (28,7%) случаях всех проведенных сеансов склеротерапии. В 2 (0,3%) случаях у пациентов возникло кровотечение из язвенных

дефектов после склерозирования. Использование натрия тетрадецилсульфата («Фибро-Вейн», «Тромбовар») приводило к развитию эрозивно-язвенных процессов в местах введения в 65,5%. Частота развития эрозивно-язвенных осложнений при применении полидоканола («Этоксисклерол») составила 26,8%.

При анализе пути введения лекарств выявлено: при интравазальном введении осложнения встречались в 13,5% всех сеансов, при сочетанном — интра- и паравазальном применении — в 41,8% и при исключительно паравазальном — в 45,8% эпизодах склеротерапии. Применение 1% раствора полидоканола интравазально сопровождалось достоверно более низкой частотой развития осложнений, чем при паравазальном ( $p < 0,05$ ) и смешанном ( $p < 0,001$ ) пути введения препарата. При интравазальном пути введения и использовании 1% раствора полидоканола осложнения наблюдались в 6% случаев, при использовании 2% раствора полидоканола — в 19,7% случаев, при применении 3% раствора полидоканола — в 20,8% всех случаев применения препарата ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что при выполнении эндоскопического склерозирования ВРВПЖ только с использованием местной анестезии ротоглотки 10% раствором лидокаина эрозивно-язвенные процессы развились в 75,2% случаев, а при применении одного из видов анестезиологического пособия количество этих осложнений составило 24,8%, ( $p < 0,001$ ). В группе больных, у которых анестезиологическое пособие



не применялось, потребность постановки зонда-обтуратора имела в 74 случаях (65%), а при применении пособия — в 40 (35%). Частота осложнений в подгруппе больных, которым ставился зонд Блэкморра, достоверно выше, чем в группе, где постановка зонда-обтуратора не требовалась ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Интравазальный путь введения склерозирующих веществ позволяет значительно

уменьшить количество и тяжесть осложнений, по сравнению с паравазальным и смешанным.

С возрастанием процента концентрации склерозанта достоверно ( $p < 0,05$ ) возрастает количество эрозивно-язвенных осложнений.

Выполнение процедур с использованием анестезиологического пособия уменьшает необходимость постановки зонда-обтуратора, достоверно ( $p < 0,001$ ) снижает частоту развития осложнений.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Савченко А.В., Третьяк С.И., Авдей Е.Л., Юдина О.А.

Белорусский государственный медицинский университет,

УЗ «9 клиническая больница»,

ГКПАБ, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** оценить эффективность склерозирующей терапии варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) и изучить морфологические изменения, происходящие в стенке пищевода в разные сроки после проведения эндоскопического склерозирования (ЭС).

**Материалы и методы.** Исследование включены 220 больных с ВРВПЖ с синдромом портальной гипертензии (158 с внутрипеченочной и 62 с подпеченочной формой портальной гипертензии). В процессе исследования выполнено 614 сеансов ЭС ВРВПЖ. Исследован аутопсийный материал 12 умерших больных после эндоскопической склеротерапии, в различные сроки после проведения процедуры.

**Результаты.** Полная облитерация, либо уменьшение степени ВРВПЖ до I, удалось достичь в 87,1% всех случаев ЭС у пациентов с подпеченочной формой портальной гипертензии и в 77,2% случаев у больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии.

При изучении морфологического материала отмечено, что в норме подслизистый слой пищевода тонкий, видны единичные вены, коллагеновые волокна тонкие, разрозненные, ориентированы в одном направлении. При появлении ВРВПЖ, варикозно расширенные вены в подслизистом слое выглядели резко полнокровными, отмечался выраженный отек в подслизистом слое. Проведение сеанса эндоскопического склерозирования с введением препарата интравазально вызывало различные структурные изменения в стенке пищевода и варикозно измененных венах. Острая реакция на введение склерозирующего вещества (1-е–3-и сутки после процедуры) характеризовалась деструкцией стенки вены (фибриноидный некроз стенки вены), появлением в ее просвете тромбов различного стро-

ения (фибрино-эритроцитарные и лейкоцитарные), массивной воспалительной инфильтрацией и отеком окружающих тканей. Эндотелий сохранялся лишь на небольших участках отдельных вен. Спустя 1 — 3 месяца после ЭС в стенке пищевода отмечались следующие изменения. Вокруг ВРВПЖ происходило разрастание молодой соединительной ткани (тонкие и неизвитые коллагеновые волокна), формирование в пучки и гомогенизация для которых не характерна. Периваскулярно отмечалась скудная инфильтрация с единичными полиморфно-ядерными лейкоцитами. Подслизистый слой рыхлый, резко отечен и расширен, заметна пролиферация фибробластов. В период более 3-4 месяцев после склерозирования вокруг вен отмечается умеренная пролиферация фибробластов, значительное количество толстых, разнонаправленных коллагеновых волокон с образованием поперечных волокон, с признаками гомогенизации. В отдаленном периоде после ЭС ВРВПЖ (6 и более месяцев) в подслизистом слое видны «грубые», утолщенные, разнонаправленные коллагеновые волокна. Сосуды склерозированы, преобладают фиброциты.

**Заключение.** ЭС ВРВПЖ является эффективным методом лечения, полная облитерация или уменьшение степени эктазии вен до I достигаются в 77,2-87,1% случаев.

В ранние сроки после эндоскопической склеротерапии (1-е сутки) в склерозированных венах развивается тромбоз, деструкция стенок вен, воспалительная инфильтрация и отек подслизистого слоя пищевода, что приводит к прекращению кровотока в венах. В дальнейшем (в период до 6 месяцев после склерозирования) в стенке пищевода происходит формирование жесткого соединительнотканного каркаса и склеротическая окклюзия просветов измененных вен.

**ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ЛЕЧЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА****Саганов В.П., Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е., Цыбиков Е.Н., Гармаев Б.Г***Бурятский государственный университет,**Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, Россия*

На сегодняшний день лечение больных с острым панкреатитом представляет собой актуальную проблему на фоне высокого роста числа этих пациентов. Острый панкреатит сопровождается наличием ферментативного перитонита в 20-50% случаях, который усугубляет и без того тяжелое состояние пациентов.

*Цель исследования:* разработать оптимальную тактику лечения больных с ферментативным перитонитом, обусловленным острым панкреатитом.

*Результаты.* С 1987 года по март 2011 года наблюдали и лечили 153 больных с ферментативным перитонитом при остром панкреатите в отделении гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Всех пациентов разделили на 2 группы в зависимости от характера перитонеального выпота. В первую группу объединили 135 пациентов с ферментативным перитонитом, обусловленным алкогольным (95 больных) и билиарным (40 больных) острым панкреатитом. У 118 больных 1-й группы выполняли лапароскопическую санацию дренирование/лапароцентез в первые 6 часов от момента госпитализации — подгруппа 1А, а 19 пациентам выполняли ошибочную лапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости — подгруппа 1Б. Во вторую группу вошли 18 больных с ферментативным перитонитом вследствие билиарного панкреатита с диапедезом и транзиторной механической желтухой. У 8 пациентов второй группы провели санационную лапароскопию и дренирование брюшной полости до 24 часов с малоинвазивным дренированием желчного пузыря (лапароскопическим способом) — подгруппа 2А, а у 10 боль-

ных — срединную лапаротомию, холецистэктомию с дренированием общего желчного протока и брюшной полости (подгруппа 2Б). Всем больным проводили комплексное консервативное лечение.

Лапароскопические санации/лапароцентезы в подгруппе 1А способствовали раннему разрешению динамической кишечной непроходимости и устранению интоксикации с летальностью 9,3%. Послеоперационный период в подгруппе 1Б требовал длительную ИВЛ, сопровождался прогрессированием полиорганной дисфункции и динамической кишечной непроходимости, гнойными осложнениями у большинства пациентов и летальностью (47,3%). Общая летальность в первой группе составила 14,8%. Малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря в подгруппе 2А способствовала устранению желчного компонента перитонита и купированию ферментативного холецистита, устранению механической желтухи в раннем послеоперационном периоде (летальность — 15%) и подготовке больных к плановой холецистэктомии. В подгруппе 2Б срочная холецистэктомия с дренированием общего желчного протока в условиях ферментативного перитонита сопровождалась большим числом послеоперационных осложнений, в том числе гнойных — 63%, и летальностью до 70%.

*Выводы.* Малоинвазивные вмешательства с комплексной консервативной терапией способствуют снижению летальности и частоты гнойных осложнений. При наличии диапедезного желчного компонента в перитонеальном выпоте у больных с ферментативным перитонитом показано дополнение лапароскопической санации/лапароцентеза брюшной полости с малоинвазивным дренированием желчного пузыря и последующей плановой холецистэктомией

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ****Саипов М.Б.***ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Одним из этиологических факторов паразитарных абсцессов печени является описторхоз. Доказано, что они имеют холангиогенный характер и могут образовываться либо в результате гнойного расплавления стенок внутривнутрипеченочных желчных

протоков, холангиоэктазов, либо тромбоза сосудов портальной системы, реже-нагноения кист.

*Цель исследования:* изучить клинические особенности и варианты возможного оперативного лечения при описторхозных абсцессах печени.

**Материалы и методы.** Особенности клинической картины, диагностики и оперативного лечения описторхозных абсцессов печени представлены на основании анализа результатов обследования 31 больного. Возраст больных колебался в пределах от 20 до 71 года. Длительность описторхозной инвазии от 10 до 20 лет (в среднем  $13,6 \pm 2$ ). 26 больных ранее получали антигельминтную терапию (хлоксил, бильтрицид). В обследовании больных применялись морфологические, общеклинические, современные инструментальные методы диагностики.

**Результаты.** Клиническая картина описторхозных гнойников печени характеризовалась многообразием симптомов. У большинства больных отмечено внезапное резкое ухудшение состояния: повышение температуры тела до  $38-39^{\circ}\text{C}$ , усиление имеющихся болей в правом подреберье, что отмечено в 85,7% наблюдений. В дальнейшем температура становится гектической, ознобы чередуются с проливным потом. Однако у некоторых больных наблюдалась и нормальная температура тела на фоне крайне тяжелого состояния. Был выражен диспепсический синдром в виде тошноты, рвоты, изжоги, анорексии. При осмотре у всех отмечалась желтушность кожных покровов и слизистых. Печень была диффузно увеличена (у 88,9%), бугристая, резко болезненна. У трети больных определялись свободная жидкость в брюшной полости, спленомегалия. Проявлениями выраженной гнойной интоксикации и печеночной недостаточности у 28,6% пациентов были стойкая тахикардия, гипотония, заторможенность.

По нашим данным, 90,5% описторхозных абсцессов печени были холангитического происхождения. При нарушении пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку вследствие низкого блока холе-

доха на почве описторхозных стриктур холедоха и БДС они возникали во многих отделах печени, носили множественный характер (52,4% всех случаев). При нарушении желчеоттока на уровне мелких внутрипеченочных протоков в результате их склеротических изменений, обтурации описторхисами и описторхозным детритом развивались крупные полостные абсцессы, локализующиеся обычно в VII сегменте печени (47,6%). У 7 больных гнойники печени были рецидивными.

Из 31 больного у 6 (19,3%) антибактериальная терапия (большой эффект дают внутрипортальные инфузии) в сочетании с чрескожными пункциями и дренированием под контролем УЗИ привела к излечению. 25 пациентов оперированы. 12 больным (38,7%) произведено вскрытие и дренирование абсцессов печени по Мельникову.

Множественные абсцессы печени с преимущественным поражением доли, половины или сегмента печени, сочетание абсцессов с холангиолитиазом (одно наблюдение) считали показанием к резекции печени. Они произведены у 13 больных с использованием методики Б.И. Альперовича.

**Выводы.** Клиническая картина описторхозных гнойников характеризуется тяжелым септическим состоянием, признаками печеночной недостаточности. Хирургическая тактика при описторхозных абсцессах в каждом конкретном случае определяется типом абсцесса, размерами, локализацией, наличием или отсутствием препятствия для пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. При нарушенном пассаже желчи в двенадцатиперстную кишку помимо вмешательства по поводу абсцесса требуется восстановление желчеоттока в двенадцатиперстную кишку и наружное дренирование протоков для декомпрессии их, санации от инфекции и гельминтов.

## ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Сало В. Н., Маликов Я. В.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

В настоящее время до 98% операций по поводу желчнокаменной болезни осуществляется с применением лапароскопической техники. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) почти всегда выполняется в условиях напряженного карбоксиперитонеума, а повышение внутрибрюшного давления (ВБД) может негативно влиять на функциональное состояние организма. Известно, что риск развития неблагоприятных последствий

зависит как от степени повышения ВБД, так и от продолжительности воздействия. Поэтому, для сокращения времени операции при обработке ложа желчного пузыря широко используют аргонусиленную коагуляцию (АУК). Применение АУК требует введения в брюшную полость дополнительного объема газа (аргона), что может приводить к избыточному повышению ВБД, и отрицательно влиять на течение послеоперационного периода.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения пациентов, оперированных по поводу ЖКБ с применением в качестве средства гемостаза АУК.

**Материалы и методы.** Проведен анализ течения заболевания и результатов лечения пациентов с ЖКБ в хирургическом отделении Городской больницы № 3, г. Томска. В выборку были включены 105 пациентов, сформированы 2 группы: 1 группа — пациенты, перенесшие ЛХЭ с использованием АУК (53 наблюдения); 2 группа — пациенты, перенесшие ЛХЭ с использованием электрокоагуляции (52 наблюдения). Средняя продолжительность операции в 1 группе пациентов составила  $59,8 \pm 3,7$  мин., а во второй группе  $65,2 \pm 3,9$  мин.

После подтверждения однородности статистического материала, был проведен сравнительный анализ параклинических показателей (лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) Кальф-Калифа, трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), билирубина) до операции и в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Установлено, что в динамике ЛИИ в 1 группе уменьшился на 11,5%, во 2 группе вырос на 75,0%, что свидетельствует о высокой травматичности метода электрокоагуляции при обработке ложа желчного пузыря. Напротив, АУК обладает незначительным повреждающим действием на ткань печени. При анализе марке-

ров цитолиза отмечается рост уровня АЛТ в 1 группе на 75,0 Е/л (189,4%), АСТ на 36,7 Е/л (90,0%), во 2 группе в динамике показатели АЛТ выросли на 24,5 Е/л (80,9%), АСТ на 16,9 Е/л (66,3%). Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии повышения ВБД на печеночный кровоток с ишемией гепатоцитов и их дальнейшим аутолизом. Большая выраженность изменений в 1 группе связана с усугублением ситуации за счет дополнительной иссуфляцией аргона в брюшную полость. При анализе показателей холестаза уровень общего билирубина не выявил значительных различий между группами, однако статистически значимый прирост уровня ЩФ, как более чувствительного индикатора холестаза, в 1 группе на 28,4 Е/л (29,0%), укладывается в картину нарушения желчеоттока при повышении ВБД, особенно в условиях дополнительного поступления газа (аргона).

**Заключение.** АУК оказывает незначительное повреждающее действие на печеночную паренхиму, при этом, обеспечивая надежную обработку ложа желчного пузыря, что сокращает время операции и длительность воздействия повышенного ВБД. Использование АУК и связанное с этим повышение ВБД, оказывает дополнительное негативное влияние на основные биохимические показатели, что вызывает необходимость тщательного мониторинга за уровнем ВБД.

## БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Самарцев В.А.<sup>1</sup>, Кучумов А.Г.<sup>2</sup>, Няшин Ю.И.<sup>3</sup>, Федоров А.Е.<sup>2</sup>, Гаврилов В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница № 4,

<sup>3</sup>Кафедра теоретической механики Пермского государственного технического университета, Пермь, Россия

Целью данной работы является обоснование роли биомеханики в построении модели билиарной системы. Модель будет основана на методах вычислительной биомеханики, использовании экспериментальных данных о биологических объектах, входящих в систему, современных методах лучевой и эндоскопической диагностики, определяющих уникальную анатомию пациента, а также многоуровневом моделировании. Развитие математических моделей и биомеханических исследований позволяют получить достоверные симуляции явлений в организме человека в норме и при патологии.

**Материалы и методы.** Многие материалы, в том числе биологические ткани и органы, которые на макроуровне являются однородными, на ме-

зо- микро- и наноуровнях обладают гетерогенной структурой, которая определяет их макроскопическое поведение. Поэтому для тотального изучения того или иного биологического объекта необходимо рассматривать его поведение на макро-, мезо-, микро- и наноуровнях. Многоуровневое моделирование заключается в том, что сначала строится модель поведения материала на самом «мелком» уровне, а затем осуществляется переход на более «крупный» уровень, сохраняя информацию о свойствах и механическом отклике, относящуюся к предыдущему уровню. В конечном итоге, получается макромодель исследуемого объекта.

Использование многоуровневого подхода в исследовании функционирования различных систем в



норме и при патологиях является одним из перспективных направлений биомеханики. Для моделирования функционирования биологических систем в норме и при патологиях использование упрощенных аналитических моделей практически невозможно, так как, во-первых, они строятся при большом количестве допущений, во-вторых, они будут громоздкими при учете различных эффектов, которые присущи сложным биологическим объектам, и, в-третьих, они не всегда учитывают влияние микроструктуры, которая играет важную роль. Учет влияния микроструктуры на поведение макрообъекта влечет за собой необходимость использования численных методов и средств, реализующихся на вычислительных кластерах.

**Результаты.** Определены: суточный объем желчи, кинематическая вязкость желчи, динамическая вязкость желчи, длина общего желчного протока, радиус холедоха, давление в холедохе в норме, давление в ДПК в норме, давление в гепатикохоледохе. Расход желчи, проходящей через гепатикохоледох, прямо пропорционален градиенту давления и четвертой степени радиуса гепатикохоледоха. Холединамику при билиарной гипертен-

зии, вызванной холедохолитиазом или РС БДС, можно представить как движение жидкости между соосными цилиндрами, выделяемый объем которой напрямую зависит от исходного секреторного давления, диаметра гепатикохоледоха и размера конкремента или степени РС БДС. Рассмотрено движение желчи между двумя соосными цилиндрами, одним из которых являлся гепатикохоледох, а другим конкремент или стенозированный БДС. При увеличении размера конкремента в холедохе суточный объем желчи, выделяемой в ДПК, уменьшался из-за сужения протока. Созданная нами математическая модель особенностей холединамики при холелитиазе с нарушением желчеотделения, позволяет оценивать динамику течения послеоперационного периода у конкретного больного и прогнозировать развитие специфических осложнений.

**Выводы.** Построение биомеханической модели билиарного тракта является актуальной проблемой хирургической гепатологии. Математическое моделирование патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны позволит прогнозировать течение ряда заболеваний и оценивать эффективность проводимого комплексного лечения холелитиаза и его осложнений.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С., Кирилова Т.А., Брызгалов В.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,  
Пермь, Россия

Одним из основных показателей эффективности оперативного лечения острого деструктивного панкреатита является частота рецидива заболевания и степень социально-трудовой реабилитации больных. Частота рецидива зависит не только от осложнений заболевания, но и от вида хирургических вмешательств. Исследование качества жизни является конечным этапом оценки эффективности того или иного метода хирургического лечения и реабилитации в послеоперационном периоде (Багненко С.Ф. с соавт., 2000).

**Целью исследования** явилось изучение качества жизни больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита

**Материалы и методы.** Разработан способ оценки качества жизни, адаптированный для больных, оперированных по поводу острого панкреатита и его осложнений (ВОП). Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Три группы вопросов соответствуют большинству общих шкал и позволяют оценить соответственно: физический статус, работоспособность, эмоцио-

нально-психологический статус, уровень социальной адаптации. Две оставшиеся группы вопросов являются специфичными для больных, оперированных по поводу панкреонекроза, и позволяют оценить степень выраженности болевого синдрома, уровень пищеварительных нарушений, диспепсии. Результаты лечения оценивали по 3-бальной системе: выздоровление, улучшение и неудовлетворительный результат. Неудовлетворительными признавался результат в случае рецидива кисты, наружного панкреатического свища, приступов хронического рецидивирующего панкреатита, наличия сахарного диабета, требующего систематического лечения, повторно оперированных.

Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с одним из наиболее широко используемым вопросником SF-36. Оба опросника весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и их положительную динамику после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается

при помощи 2 вопросов. В вопроснике ВОП мы учитывали, что больные панкреонекрозом, как правило, являются хроническими больными, в связи с чем они хорошо ориентируются в возможностях самостоятельного купирования болевого синдрома. Для оценки интенсивности острой боли использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных. Таким образом, оценка болевого синдрома при использовании ВОП осуществляется гораздо детальнее.

**Результаты.** Анализ отдаленных результатов хирургического лечения острым деструктивным

панкреатитом прослежен у 32 пациентов в сроки от 1 до 3 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78% оперированных больных. Неудовлетворительные результаты прослеживались у больных на фоне продолжения злоупотребления алкоголем.

**Заключение.** Следовательно, использование представленного вопросника ВОП, для оценки качества жизни больных острым панкреатитом и его осложнений позволяет информативно судить обо всех основных сторонах жизнедеятельности пациентов, быстро и надежно установить степень снижения качества жизни и его основные нарушенные составляющие.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Минеев Д.А., Ложкина Н.В., Коваленко С.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»,

МУЗ Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия

**Актуальность.** Эндосонографическое исследование является одним из современных методов диагностики, сочетающая в себе эндоскопическую и ультразвуковую диагностику поджелудочной железы (ПЖ) и перипанкреатического пространства. Преимуществом эндосонографии перед трансабдоминальным ультразвуковым исследованием является то, что исследование проводится в непосредственной близости с исследуемым органом, тем самым позволяет получить более четкое изображение поджелудочной железы и окружающих ее структур.

**Цель исследования:** по данным эндосонографии оценить особенности анатомической структуры поджелудочной железы и перипанкреатического пространства при различных формах панкреатита, новообразованиях поджелудочной железы и холедохолитиазе.

**Материалы и методы.** Проведено 23 эндоскопических ультразвуковых исследований поджелудочной железы (ПЖ) у 19 пациентов, из них хронический панкреатит выявили у 9 больных, острый панкреатит — у 6, рак головки поджелудочной железы — у 2, холедохолитиаз — у 2, в 1 случае патологии выявлено не было. Эндосонографическое исследование проводили с использованием фиброэндоскопа с ультразвуковым датчиком секторного сканирования с частотой 7,5 МГц, ультразвукового блока EU C-60 с функцией цветового доплеровского картирования и эндоскопической видеосистемы UC 160 R фирмы «Olympus». Под медикаментозной седацией в положении пациента на левом боку датчик последовательно проводили в пищевод,

желудок и двенадцатиперстную кишку. Для четкой визуализации поджелудочной железы использовали стандартное расположение датчика.

**Результаты.** Применение эндосонографии панкреатодуоденальной зоны позволило более детально изучить особенности топографии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Сопоставление результатов различных методов исследования показало, что традиционные ультразвуковые признаки (контуры, размеры, эхогенность, эхоструктура и т.д.) не несут принципиально новой информации о характере и динамике патологического процесса, но отмечена более четкая картина изображения. В норме ПЖ имеет однородную структуру, выглядит более эхогенно, чем печень, диаметр панкреатического протока составляет менее 3 мм. При хроническом панкреатите структура паренхиматозной ткани гиперогенна, возможна кальцинацией ткани железы, проток имеет извитой ход, неравномерно расширен, имеет более эхогенную структуру стенки. У пациентов с острым панкреатитом данный метод более четко позволяет дифференцировать легкую и тяжелую форму панкреатита. При легкой форме структура ПЖ по эхогенности близка к варианту нормы, при тяжелой форме — эхоструктура либо равномерно гипоехогенна, размеры ее увеличены при отечной форме, либо отмечено появление нового признака — эхонеоднородности содержимого жидкостных образований до 3-4 мм в диаметре, достоверно характеризующее наличие деструкции железы, что невозможно определить при традиционных исследованиях (трансабдоминаль-

нальное УЗИ, КТ, МРТ). Также при эндосонографическом исследовании более детально визуализируется забрюшинная клетчатка, что позволило в 1 случае лоцировать кистозное образование в забрюшинной клетчатке находившееся за двенадцатиперстной кишкой, не определявшееся при УЗИ и КТ, в 1 — свободную жидкость в подпеченочном пространстве.

При эндосонографии опухоли ПЖ в одном случае выявили ограниченное гипоехогенное образование, у второго пациента — гетерогенное образование с зоной некроза (с анэхогенными участками). В этих случаях для проведения дифференциальной

диагностики необходима аспирационная тонкоигльная биопсия образования. Оценка состояния внепеченочных желчных протоков с помощью эндосонографии является менее инвазивным и информативным методом исследования, в сравнении с эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографией.

**Выводы.** Эндоскопическое ультразвуковое исследование позволяет более четко определить структуру ПЖ и перипанкреатического пространства. Оценка полученных результатов позволяет своевременно определять тактику хирургического лечения при новообразованиях ПЖ, остром и хроническом панкреатите.

## ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А., Енин Е.А., Токсанбаев Д.С., Ибекенов О.Т., Исбамбетов А.С.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Реконструктивно-восстановительные операции на внепеченочных желчных протоках при ее стриктурах относятся к сложной категории из-за рубцово-воспалительных изменений в области ворот печени и протяженностью стриктур. Оценить развитие и протяженность стриктур во время операции тяжело, в связи с чем, необходимо проводить интраоперационное гистологическое исследование рубцовых тканей желчных протоков для выбора оптимального варианта операции.

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 23 больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков, находившихся на лечении в отделении хирургии печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова за период с 2007 по 2010 годы. Мужчин было 3 (13,1%), женщин — 20 (86,9%). Возраст больных колебался в пределах от 17 до 75 лет. Причинами развития стриктур внепеченочных желчных протоков у 17 (73,9%) больных были травмы желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии и у 6 (26,1%) больных при традиционной холецистэктомии в различные сроки операции (от 3 до 18 месяцев и более). Пациенты поступали с различными осложнениями: механическая желтуха была у 14 (60,8%), холангит — у 5 (21,7%), наружный желчный свищ — у 4 (17,3%) больных.

Для диагностики послеоперационных стриктур внепеченочных желчных протоков использовали:

УЗИ, ФХГ, ЭРХПГ, ЧЧХС, КТ и МРХПГ. Для распределения больных по уровню и протяженности стриктур желчных протоков использовали классификацию Н. Bismuth (2001): «I тип» — у 2 (8,7%), «II тип» — у 4 (17,4%), «III тип» — у 13 (56,5%), «IV тип» — у 2 (8,7%) и «V тип» — у 2 (8,7%) больных.

**Результаты.** Оптимальный вариант билиодигестивного анастомоза определяли интраоперационно, по результатам срочного (cito-биопсии) гистологического исследования иссеченных рубцовых тканей стриктур внепеченочных желчных протоков.

При устранении стеноза и полном иссечении рубцовых тканей, а также выявлении морфологических изменений характеризующих диффузную воспалительную реакцию представленной кругло-клеточными элементами с участками гиперплазии желез, выполнили билиодигестивный анастомоз без применения каркасного дренажа: гепатикоеюноанастомоз — 16 (69,5%), бигептикоеюноанастомоз — 3 (13,0%), тригепатикоеюноанастомоз — 2 (8,7%) и тетрагепатикоеюноанастомоз — 2 (8,7%) больным.

При невозможности устранить рубцовую стриктуру из-за воспалительно-склеротических процессов в сегментарных протоках и преобладании грубоволокнистой соединительной ткани с выраженными склерозированными очагами гиалинозов в 2 (8,7%) случаях выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов на сменных транспеченочных (каркасных) дренажах.

Результаты прослежены у 18 больных с послеоперационными стриктурами внепеченочных желчных протоков. У 15 (83,3%) больных отмечен хороший результат, симптомы, связанные с патологией желчевыводящих путей, отсутствовали. У 2 (11,1%) больных были удовлетворительными результаты, их периодически беспокоят дискомфорт и боли в правом подреберье, купирующиеся консервативной терапией. Неудовлетворительный результат отмечен в 1 (5,6%) случае, больную пери-

одически беспокоят боли и явления холангита, при этом каждые 3-4 месяца проводится замена СТД.

**Заключение.** Оптимальным вариантом реконструктивно-восстановительных операции при послеоперационных стриктурах внепеченочных желчных протоков является билиодигестивный анастомоз. Результаты интраоперационного гистологического исследования рубцовых тканей желчных протоков позволяют выбрать тактику хирургического лечения и улучшают ее отдаленные результаты.

## НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ЦИРРОЗЕ

Сипливый В.А., Петюнин А.Г., Марковский В.Д., Евтушенко А.В., Петюнин П.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Целью исследования.** Разработать новый неинвазивный метод определения функциональных резервов печени при ее циррозе (ЦП) на основании анализа взаимосвязи между изменениями сосудов системы воротной вены, портального кровотока и морфологическими изменениями печеночной паренхимы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 137 больных ЦП. Выполнены морфометрические исследования интраоперационных биопсий печени по методике В.А. Сипливого (1993), для определения состояния сосудов портальной системы и кровотока в них проведено ультразвуковое исследование (в В-режиме и дуплексное сканирование).

**Результаты.** При анализе интраоперационных биопсий больных ЦП нами были выделены 3 типа (А, В, С) морфологической картины цирроза, отличающиеся между собой по стромально-паренхиматозному соотношению, объему гепатоцитов в состоянии некробиоза, объему гепатоцитов в состоянии деления, площади гепатоцитов, площади соединительной ткани. При переходе от I (тип А) к III (тип С) гистологическому варианту цирроза уменьшается объем паренхимы печени и увеличивается доля соединительной ткани, что проявляется уменьшением площади неизмененных гепатоцитов, увеличением площади соединительной ткани и, соответственно, стромально-паренхиматозного соотношения. Результаты исследования портальной гемодинамики, состояния сосудов системы воротной вены также оказались различными для выделенных типов морфологической картины цирроза. У больных с морфологическим А-типом ЦП не наблюдалось увеличения диаметра воротной и селезеночной вен по сравнению с показателями нормы. Линейная скорость кровотока (ЛСК) и

объемный кровоток (ОК) в воротной вене у этой группы больных также не были снижены, индекс портального застоя (ИПЗ) также не отличался от нормальных цифр. У больных с циррозом В-типа отмечалось увеличение диаметра воротной вены по сравнению со здоровыми лицами и больными с циррозом А-типа ( $p < 0,001$ ). Диаметр селезеночной вены был в пределах нормы. Более выражено изменялись показатели портальной гемодинамики: отмечалось снижение ЛСК ( $p < 0,02$ ), возрастал ИПЗ ( $p < 0,001$ ). ОК в воротной вене уменьшался по сравнению с тем же показателем у больных с ЦП А-типа, однако различия недостоверны. У больных с морфологической картиной С-типа цирроза наблюдалось достоверное увеличение диаметра воротной и селезеночной вен ( $p < 0,001$ ), снижалась ЛСК ( $p < 0,005$ ) и увеличивался ИПЗ ( $p < 0,005$ ) по сравнению с теми же показателями у больных с А- и В-типом цирроза. ОК в воротной вене снижался при переходе от В- к С-типу цирроза, однако различия недостоверны. Анализ результатов УЗИ сосудов портальной системы, а также показателей портальной гемодинамики с учетом выделенных типов морфологии ЦП показал, что наиболее достоверно характер патологических изменений в печени отражают ЛСК и ИПЗ. Так, у больных с картиной цирроза С-типа ЛСК ниже в 1,6 раза, а ИПЗ больше в 2,8 раза по сравнению с данными, полученными у больных с циррозом А-типа.

**Заключение.** Морфологические изменения печени у больных ЦП неоднородны и различаются по стромально-паренхиматозному соотношению, площади соединительной ткани, площади неизмененных гепатоцитов, объему гепатоцитов в состоянии некробиоза, объему гепатоцитов в состоянии деления. Имеется взаимосвязь между глубиной пато-



морфологических нарушений в паренхиме печени и нарушением портальной гемодинамики при циррозе. Дуплексное сканирование сосудов портальной

системы с определением ЛСК и ИПЗ является информативным неинвазивным методом определения функционального резерва печени.

## МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Секачева М.И., Шатверян Г.А., Бирюков А.Ю., Тарасюк Т.И.,  
Беджаниян А.А., Багмет Н.Н.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Колоректальный рак, по-прежнему, удерживает 3 место в структуре онкологических заболеваний. В развитых странах количество заболевших превысило 720000. Более половины пациентов умирают от прогрессии заболевания, что объясняется высоким метастатическим потенциалом опухоли. Первый орган на пути гематогенного распространения — печень, вторичное поражение которой достигает 80%. За последние 10 лет отношение к больным в 4 стадии заболевания кардинально изменилось. При рациональном выборе лечебной тактики 5-летняя выживаемость этой группы больных может достигать 35-60%. Разница в показателях продолжительности жизни определяется степенью распространенности метастазов, как в пределах самого органа, так и за его пределами (в брюшной полости, грудной клетке и т.д.). Наилучшие цифры выживаемости получены для пациентов с вовлечением во вторичный процесс только одного органа, в частности, печени. Более сложна ситуация складывается в случае с множественными билобарными метастазами и внепеченочным распространением, когда спектр хирургических вмешательств существенно ограничен. Без радикальной операции шансы на 5-летнюю выживаемость менее 2%. Последние разработки в химиотерапии, применение

дополнительных методов локальной деструкции (радиочастотной термодеструкции), окклюдизирующие операции на системе воротной вены с целью компенсаторной гипертрофии планируемого пострезекционного остатка значительно расширили возможности хирургического лечения. Как следствие, более половины больных с вторичным поражением печени могут быть пролечены комбинированным способом (сочетание химиотерапии и операции) в радикальном объеме. Последние несколько лет на первое место выходят вопросы определения оптимальной тактики лечения для каждого конкретного пациента. И в этом аспекте особое значение имеют факторы прогноза и диагностические методики, позволяющие предсказать исход запланированной модели лечения до начала ее практического применения. Перспективными исследованиями в этой области могут быть определение К-ras статуса опухоли, степень лекарственного патоморфоза, корреляция гистологических изменений с данными компьютерной томографии.

Таким образом, современная модель лечения метастатического колоректального рака должна включать в себя комбинацию всех доступных на сегодняшний день лекарственных и хирургических способов воздействия на опухолевую ткань

## ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Бархатов И.В.

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава,  
Челябинск, Россия

В настоящее время оптимальным объемом оперативного лечения острого панкреатита являются дренирующие операции. Нами разработан и внедрен в практическую деятельность единый лапароскопический доступ для дренирования сальниковой сумки при панкреонекрозе. Для этого было создано устройство для выполнения лапароскопического дренирования полости сальниковой сумки в ходе

лечебной лапароскопии (свидетельство на полезную модель Российского агентства по патентам и товарным знакам № 20713). Оно выполнено в виде двух пластиковых трубок для подвода промывной жидкости и отвода экссудата. Трубки с боковыми отверстиями в области дистального конца, предназначенные для введения в полость сальниковой сумки, на расстоянии 10–12 см отогнуты в про-

тивоположные стороны от средней линии на 8–10 см. Доступ к поджелудочной железе выполняли инфрагастральным способом. С помощью лапароскопа и инструментов обеспечивали перфорацию желудочно-ободочной связки и доступ в сальниковую сумку. После установления диагноза острого панкреатита, определения показаний к лечебным манипуляциям, в частности к дренированию сальниковой сумки через доступ, выполненный в левом подреберье по средне-ключичной или передне-подмышечной линии, вводили троакар. Собранное устройство через троакар устанавливали в полости сальниковой сумки.

После введения устройства в сальниковую сумку за счет исходной упругости дистальные концы трубок расходились в разные стороны, принимая изогнутое состояние и дренируя тем самым сальниковую сумку в разных ее отделах. Промывание полости сальниковой сумки осуществляли подачей жидкости в одну из трубок, а после омывания полости сальниковой сумки жидкость оттекала через другую трубку. Использование устройства упрощает процесс дренирования сальниковой сумки и позволяет дренировать все ее отделы, добиваясь более адекватного оттока жидкости. При проведении проточного дренирования устройство обеспечивает

поступление лекарственного раствора во все отделы сальниковой сумки и полное его удаление из нее, что повышает эффективность удаления токсичного экссудата, способствуя уменьшению ферментативной интоксикации.

При лапароскопическом дренировании брюшной полости необходимость в выполнении повторных открытых операций возникла в 25% случаев. Это в 1,9 раза превышает аналогичный показатель у больных, которым в ходе лечебной лапароскопии проводили дренирование не только брюшной полости, но и сальниковой сумки. Полученные данные свидетельствуют, что проведение дренирования сальниковой сумки и брюшной полости является более адекватным вмешательством по сравнению с дренированием только брюшной полости. Это, в свою очередь, препятствует прогрессированию панкреонекроза.

Данная технология была использована в комплексном лечении 87 больных с верифицированным панкреонекрозом. Послеоперационная летальность в этой группе пациентов составила 3,5%. Традиционный лапаротомный доступ к поджелудочной железе и забрюшинному пространству был использован у 19 больных, из которых умерло 8 (42%).

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Становенко В.В., Подолинский С.Г.

Витебский медицинский университет, Витебск. Беларусь

В литературе описано 3 типа кистозного расширения общего желчного протока: тип 1 — характеризуется мешковидным расширением ограниченного сегмента общего желчного протока по всей его окружности, над расширением сегмента и ниже его проток не изменен; тип 2 — характеризуется наличием бокового дивертикула, соединенного с общим желчным протоком ножкой; тип 3 — характеризуется наличием ампулярного расширения интрадуоденального сегмента общего желчного протока, которое выступает в просвет двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** С 2000 года по настоящее время в больнице скорой медицинской помощи г. Витебска пролечено более 5000 тысяч пациентов с патологией гепатобилиарной зоны и только у 5 больных мы наблюдали кистозное расширение общего желчного протока по типу 1. Больных с кистозным расширением холедоха по типу 2 и 3 мы не наблюдали. Диагностика указанной патологии

основывалась на УЗ-исследовании, ретроградной холангиографии, КТ-исследовании.

**Результаты.** Все пациенты были оперированы. Во всех случаях в общем желчном протоке, кисте и желчном пузыре имелись конкременты. В 2 случаях имело место злокачественное перерождение стенки кисты расширенного протока (аденокарцинома). Выполнено резекция кисты общего желчного протока в пределах его здоровой стенки с наложением гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде (10 лет) все больные живы.

**Заключение.** Названная патология является достаточно редкой. Выбором метода операции следует считать резекцию кистозного расширения общего желчного протока с формированием гепатикоеюноанастомоза на тепле по Ру. Менее радикальные методы операции (цистоеюноанастомоз) выполнять не целесообразно.

## ЛЕЧЕНИЕ СКВОЗНЫХ РАН ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Стрелин С. А., Волкова Ю. Л.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Лечение повреждений печени до настоящего времени остается одним из проблемных вопросов абдоминальной хирургии: показатель послеоперационных осложнений и летальности достигает достаточно высоких цифр. Целью настоящей работы явилось создание научно-обоснованного способа лечения сквозных ранений печени остановки кровотока и желчеистечения при сквозных ранениях печени.

Выполнено пять серий операций на беспородных собак обоего пола. Моделировали сквозную рану печени. При проведении шовной методики в 30% потребовалось наложение второго шва. У 16,6% животных развился перитонит. Летальность составила 12,5%. Во второй серии при тампонировании гемостатической коллагеновой губкой с ушиванием наблюдали разрывы паренхимы печени в 15 (71,4%) случаях. Поэтому для достижения окончательного гемостаза приходилось накладывать дополнительные швы и проводить компрессию раны марлевыми салфетками. Умерли 4 (19%) собаки. В третьей серии после тампонирования раневого канала прядью большого сальника отмечали под-

текание крови из ран печени, ввиду недостаточно тугого заполнения полости, образующейся в печеночной паренхиме в результате сквозного ранения. Летальность составила 9,5%. В четвертой серии проводили тампонирование гемостатической губкой на основе восстановленной оксигенированной целлюлозы с ушиванием: прорезывание нити в 20% случаев, летальность составила 0%. В пятой группе тампонирование гемостатической губкой на основе восстановленной оксигенированной целлюлозы с последующим криовоздействием без ушивания. Для воздействия сверхнизкими температурами на ткани печени использовали криогенный аппликатор из пористого никелида титана: ни у одного животного не возникли клинические признаки повторного кровотечения, перитонита. Летальность составила 0%.

Таким образом, комбинированная методика достижения гемостаза с применением гемостатической губки из восстановленной оксигенизированной целлюлозы и криоаппликацией позволяет достичь гемостаз без осложнений и дополнительной травматизации ткани печени при уровне летальности 0%.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АММОНИЯ ГЛИЦЕРАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Султанов И.Т., Бабаджанов А.Р., Султанов А.И., Бабаджанов К.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч,

Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр, Хорезм, Казахстан

**Цель исследования.** Проведено клиническое сравнительное исследование по изучению клинической эффективности препарата аммония глицерата в комплексном лечении пациентов с хроническим гепатитом.

**Материалы и методы.** Обследовано 86 пациентов с хроническими гепатитами, 32 женщины и 54 мужчин в возрасте от 17 до 84 лет. Больные распределены на 2 группы: 62 (72%) пациента основной группы, в комплексе лечебных мероприятий которых применен аммония глицерат ежедневно по 100 мл внутривенно капельно в течение двух недель, а потом на третьей недели по 100 мл внутривенно капельно через день, а на четвертой недели через каждые 3 дня по 100 мл внутривенно капельно и 24 (28%) пациентов составили контрольную группу.

Всем больным в обеих группах до начала лечения было сделано ультразвуковое исследование,

биохимические анализы крови: билирубин, АлАТ, АсАТ, общий белок и его фракции, коагулограмма, развернутый анализ крови.

Тяжесть состояния больных оценивали через двух и четырех недель лечения по данным ультразвукового исследования и биохимическим анализам крови.

**Результаты.** В основной группе, где больные получили аммония глицерат, через две недели наблюдалось улучшение общего самочувствия больных, нормализовался сон, появился аппетит. Исчезло иктеричность кожи и склер глаз, тошнота и вздутие живота. Уменьшились или нормализовались размеры печени и селезенки. Билирубин через две недели снизился на 30%, а через четыре недели на 70%. АлАТ соответствовали 25% и 45%, АсАТ 28% и 42%. Во время лечения побочные явления не наблюдались.

В контрольной группе билирубин через две недели снизился на 20%. Через четырех недель

на 45%. АлАТ через четыре недели снизился на 32%, а АсАТ на 30%.

**Заключение.** Таким образом, использование в комплексной терапии применение аммония глици-

рата оказывает иммуномодулирующие и мембрано-репарирующее действие и является эффективным методом профилактики и лечения при хроническом гепатите.

## ПЕРЕСМОТР ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

**Сухоруков В.П., Русинов В.М., Южанин В.Б., Гоголев Н.В.**

*Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия*

**Цель исследования.** Установить эволюцию трансфузиологического обеспечения обширных резекций печени ОРП (удаление 3 и более сегментов печени) в условиях современных гепатохирургических технологий (прецизионная предоперационная диагностика характера очаговых поражений печени, применение бескровных методов разделения печеночной паренхимы) и решения наиболее сложных вопросов хирургической тактики и общего анестезиологического обеспечения операций.

**Материалы и методы.** Выполнено 162 ОРП, среди которых 120 операций выполнено в 1980-1990 гг. в традиционных условиях и 42 — в 2009-2010 гг. в современных условиях. Использован метод клинического анализа.

**Результаты.** Для традиционных ОРП характерны большие травматичность и длительность, массивные кровопотери и донорские гемотрансфузии, частые и продолжительные применения приема Прингла (Веронский Г.И., Виногадов В.Л., Гальперин Э.И., Смирнова В.И., Сухоруков В.П.).

По нашим данным, традиционные ОРП в основном продолжались более 6 и иногда 15-17 часов, объем донорских гемотрансфузий в среднем составлял 4 л, при отдельных операциях — 11-15 л. Прием Прингла использовался при большинстве операций. Послеоперационная летальность достигала 35%.

Гиперволемическая гемодилюция при традиционных ОРП стабилизировала гемодинамику, предотвращала при массивных донорских гемотрансфузиях синдром гомологичной крови, развитие тяжелого ДВС-синдрома и интоксикации. Позволяла снизить при 81 ОРП послеоперационную летальность до 7,4% (Сухоруков В.П.). Положительные эффекты гиперволемической гемодилюции в условиях высокотравматичных ОРП превалировали над ее отрицательными особенностями (некоторое уве-

личение кровенаполнения печени, отек кишечника, опасность коагулопатии разведения).

На современном этапе развития хирургической гепатологии необходимость в применении при ОРП гиперволемической гемодилюции отпала. ОРП утратили чрезмерную длительность и травматичность, операционные кровопотери с массивными компенсирующими донорскими гемотрансфузиями стали редкими. Исчезла угроза синдрома гомологичной крови.

По нашим данным, при ОРП в 2009-2010 гг. операционное время было в среднем 3,4 часа (при 22 операциях — менее 3 часов). Объем интраоперационной трансфузии донорской эритроцитной массы составил 166 (0-1270) мл. При 68% операций эритроцитная масса не переливалась. Прием Прингла применен 1 раз на 12 минут. После операции умер 1 больной (острая печеночная недостаточность на 6 день после ППГЭ, выполненной по поводу цирроза-рака печени и спонтанного разрыва опухолевого узла с массивным острым кровотечением).

В настоящее время при ОРП оптимальным явилось проведение нормоволемической гемодилюции с поддержанием ЦВД в нижнем диапазоне нормы и нормального диуреза.

Опыт показал целесообразность при операциях упреждающих кровопотерю переливаний СЗП и переливаний аутокрови, резервируемой перед операцией после стабилизации анестезии в количестве от 450 до 900 мл.

**Выводы.** Режим нормоволемической гемодилюции на современном этапе развития хирургической гепатологии является оптимальным при ОРП.

При ОРП целесообразны упреждающие трансфузии СЗП и интраоперационные аутогемотрансфузии, при которых аутокровь резервируется перед началом операции.



## РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ РЕЖИМОВ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ НА АРТЕРИАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ ВОРОТ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ

Сычева Н.Л., Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Шевченко С.С.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет,  
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Краснодар. Россия

**Цель исследования.** Повышение радикальности хирургического лечения опухолевых поражений печени с вовлечением артериальных структур ворот печени, путем разработки и внедрения в практику оптимального режима криовоздействия на оболочки печеночной артерии и ее ветвей.

**Материалы и методы.** Режим криовоздействия включает четыре параметра воздействия на биологическую ткань: скорость замораживания, температура воздействия, экспозиция данной температуры, скорость оттаивания. Оптимальным режимом криовоздействия принято считать такой режим, при котором происходит гибель всех клеточных элементов с сохранением функции сосуда.

Экспериментальное исследование проводилось на беспородных кошках обоего пола массой  $2,54 \pm 0,28$  кг. Животные (кошки) были разделены на 5 «температурных» групп для поиска критической температуры деструкции: I — ( $-80$ - $100^{\circ}\text{C}$ ), II — ( $-100$ - $120^{\circ}\text{C}$ ), III — ( $-120$ - $140^{\circ}\text{C}$ ), IV — ( $-140$ - $160^{\circ}\text{C}$ ), V — ( $-160$ - $180^{\circ}\text{C}$ ). Поиск экспозиции критической температуры криовоздействия выявил 3 экспериментальные подгруппы: (IIIA — 3 мин), (IIIB — 4 мин), (IIIC — 5 мин). Морфологическое исследование оболочек артерии животных IIIA подгруппы обнаруживало единичные клетки, в IIIC подгруппе выявлялся некроз оболочек с нарушением функции сосуда, в

IIIB подгруппе не было обнаружено жизнеспособных клеток на фоне более глубокой деструкции сосудистой стенки.

**Результаты и заключение.** По результатам проведенного исследования был определен оптимальный режим криовоздействия, где скорость замораживания —  $100 \pm 10^{\circ}\text{C}$  в минуту, критическая температура деструкции —  $140 \pm 5^{\circ}\text{C}$  с экспозицией этой температуры в течение 5 мин и последующим произвольным оттаиванием со скоростью  $20 \pm 5^{\circ}\text{C}$ . (приор. справка № 2011101224 от 13.01.2011 г.). Полученные данные были внедрены в клинику на 17 больных с гепатоцеллюлярным (7) холангиоцеллюлярным (5) и метастатическим (5) раком печени с инвазией в артериальные структуры ворот печени, без осложнений и летальных случаев. Результаты прослежены в течение 1 года, местного рецидива, тромбоза сосудов не выявлено.

Таким образом, при оптимальном режиме криовоздействия достигается одновременная гибель всех клеточных элементов оболочек артерии с сохранением ее эластического криостойкого каркаса, что предотвращает риск кровотечения, и с последующим замещением подвергшихся деструкции тканей волокнистой соединительной тканью и восстановлением эндотелиальной оболочки. Внедрение в клинику полученных результатов позволило повысить радикальность лечения данной категории больных.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Кугаев М.И., Лярский С.П., Королева А.В.

Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

Ретроспективное исследование, сравнивающее частоту и структуру послеоперационных осложнений проксимальных резекций поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучили 223 проксимальные резекции ПЖ. Операция Бегера выполнена 102 (45,7%) пациентам. Бернская модификация операции Бегера выполнена у 46 (20,6%). Операция Фрея выполнена у 13 (5,8%). У 62 (27,8%) пациентов выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), у 41 пациента пилоросохраняющая ПДР.

**Результаты.** Послеоперационная летальность составила 3,1%, уровень послеоперационных осложнений — 31,8%. Общее число осложнений в подгруппах было следующим: после операции Бегера — 23 (22,5%) случая, после операции Фрея — 1 (7,7%), после Бернской модификации — 14 (30,4%), после пПДР 26 (63,4%), после ПДР 7 (33,3%). После операции Бегера острый панкреатит наблюдался у 1 (0,98%) пациента, панкреатическая фистула — у 9 (8,8%), стеноз анастомоза — у 1 (0,98%), абсцесс печени — у 1 (0,98%), желчеистечения — у 5

(4,9%), некроз двенадцатиперстной кишки — у 1 (0,98%), кровотечение — у 1 (0,98%), жидкостные образования брюшной полости — у 4 (3,9%) пациентов. После операции Фрея острый флегмонозный холецистит был диагностирован у 1 (7,7%) пациента.

После Бернской модификации острый панкреатит развился у 6 (13%) пациентов, панкреатическая фистула — у 1 (2,2%), желчеистечение — у 1 (2,2%), кровотечение — у 2 (4,4%), несостоятельность анастомоза — у 2 (4,4%) пациентов, перитонит — у 1 (2,2%) пациента, жидкостные образования брюшной полости — у 1 (2,2%) пациента.

После ПДР желчеистечение развилось у 1 (4,7%) пациента, кровотечение — у 1 (4,7%), несостоятельность анастомоза — у 5 (23,5%) пациентов.

После пПДР острый панкреатит развился у 8 (19,5%) пациентов, панкреатическая фистула — у 4 (9,7%) пациентов, стеноз анастомоза — у 1 (2,4%), абсцесс печени — у 1 (2,4%), анастомозит — у 1 (2,4%) пациента, кровотечение — у 2 (4,8%) пациентов, несостоятельность анастомоза — у 7 (16,8%), жидкостные образования брюшной полости — у 2 (4,8%) пациентов.

Количество осложнений было значимо выше после пПДР по сравнению с дуоденумсохраняющими резекциями ( $p < 0,05$ ). Консервативная терапия и миниинвазивные вмешательства были эффективны в 21,1% случаев. Повторная операция потребовалась у 12,5% пациентов.

**Выводы.** Дуоденумсохраняющие резекции головки поджелудочной железы позволяют добиться низкого уровня послеоперационных осложнений и летальности у пациентов с хроническим панкреатитом.

## КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ И МОДЕЛИРОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования:** разработать теоретическое обоснование минилапаротомии по методике клиники, с учетом топографо-анатомических аспектов оперативных вмешательств в хирургии холецистолитаза.

**Материалы и методы.** Для достижения цели производилось исследование на магнитно-резонансном томографе «Magnetom OPEN viva», фирмы «Siemens», производства Германии 1998 года, компьютерная обработка полученных данных производилась на компьютере «Siemens-Nixdorf, Pro-05».

При моделировании традиционных доступов и минилапаротомии основывались на основных критериях разработанной школой А.Ю. Созон-Ярошевича и на работах М.И. Прудкова. В связи с этим предложен вариант минилапаротомии по методике клиники (Патент №05079 ПВ РУз). Всего исследовано 176 больных независимо от пола, конституции.

**Результаты.** Анализ томограмм показал, что основным фактором, определяющим топографо-анатомические особенности желчного пузыря и его отделов, является угол наклона оси (последний проходит от наивысшей точки дна к центру шейки желчного пузыря) желчного пузыря по отношению к горизонтали. В зависимости от данной характеристики выделены три группы или стандарта расположения: I группа — вертикальный стандарт (сектор 61-90° — 42 (23,8%); II группа — срединный

стандарт (31-60° — 108 (61,4%); III группа — горизонтальный стандарт (0-30° — 26 (14,8%)). Компьютерный анализ в зависимости от стандартов расположения выявил следующие особенности оперативных доступов: Компьютерная версия широкой лапаротомии в правом подреберье выявило, что использование данного доступа позволяет свободное манипулирование на всех анатомических отделах желчного пузыря и желчевыводящих путей независимо от стандартов расположения, то есть желчный пузырь, и желчевыводящие пути в блоке находятся в зоне свободной доступности. Но, при большой травме передней брюшной стенки, а именно мышечно-апоневротического слоя.

Соотношение оперативного доступа как верхнесрединная лапаротомия с различными позициями желчного пузыря выявило, что при горизонтальной позиции желчного пузыря манипулирование в области тела и дна возможны на фоне определенных сложностей, которые создаются отдаленностью от места оперативного доступа. Выбор метода холецистэктомии в данном случае зависит от патоморфологических изменений в желчном пузыре и квалификации оператора. Но и в этом случае нарушение целостности передней брюшной стенки на протяжении от мечевидного отростка до пупка является сдерживающим фактором.

Компьютерный анализ минилапаротомии по методике клиники показал, что при всех позиционных

стандартах использование данного доступа выгодно отличается тем, что желчный пузырь находится в полном объеме в зоне доступности. Данный факт позволяет выполнить все этапы холецистэктомии, независимо от метода или способа, несмотря на ограниченное оперативное пространство, но, что немаловажно, при малой операционной травме передней брюшной стенки.

**Выводы.** Данные компьютерного моделирования показывают, что минилапаротомия по методике клиники совмещая в себе высокую эффективность с точки зрения зоны доступности, несет в себе элемент малоинвазивности вследствие минимального повреждения мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, и сохранением целостности прямой мышцы живота

## МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ: НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования:** определить возможности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в диагностики различной хирургической патологии внепеченочных желчных путей.

**Материалы и методы.** Обследования проводились на магнитно-резонансном томографе фирмы «SIEMENS», Германия, типа «MAGNETOM Open viva», с напряженностью магнитного поля 0.2 Тесла, с магнитом открытого типа. Использовались стандартные спин-эхо фирменные последовательности в T1 и T2 взвешенных режимах, а также, специальные режимы — tse\_1100b156.vhc или t2\_tse\_thick\_slab и haste\_94b156.vhc или t2\_haste\_thin\_slice, которые селективно визуализируют желчные протоки и проток поджелудочной железы.

Технические параметры этих последовательностей: 1. tse\_1100b156.vhc или t2\_tse\_thick\_slab; TR — 10.0 mc.; TE — 1100 mc.; Flip angle — 150 degree; Matrix — 94; Thickness — 50 mm 2. haste\_94b156.vhc или t2\_haste\_thin\_slice.; TR — 11.70 mc.; TE — 100 mc.; TD — 10.0; Flip angle — 180 degree; Matrix — 75; Thickness — 6 mm.

Проведено 39 обследований. В качестве базисного обследования всем пациентам было проведено УЗИ с компьютерной поддержкой.

**Результаты.** Нормативные показатели изучены у 9 пациентов без патологии гепатобилиарной системы. Сочетание холецистолитиаза и холедохолитиаза, то есть камня желчного пузыря и общего желчного протока диагностировано у 25 пациентов. Картина новообразования ворот печени с обтурацией, с признаками билиарной гипертензии, то есть сдавлением желчевыводящих путей выявлено у 4 больных. Картина повреждения общего желчного протока на уровне средней трети диагностировано у 1 больного. Больной ранее перенес операцию холецистэктомии.

**Выводы.** Полученные предварительные результаты показали эффективность и перспективность МРХПГ в диагностике различной патологии желчевыводящих путей. При дальнейшем совершенствовании технического и программного обеспечения, данное исследование будет рассматриваться как метод выбора в плане диагностики, при патологии внепеченочных желчных путей, особенно при желчнокаменной болезни и ее осложнениях.

## ВЫБОР РЕЖИМА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ КРИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Даниченко М.Ю.

МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Рязани, Рязань, Россия,

ОАО Елатомский приборный завод, Елатьма, Россия

В последние годы успешно применяется метод криогенной деструкции тканей, который широко используется при лечении объемных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны. Суть его заключается в устранении патологического образования путем быстрого локального замораживания с

помощью хладагента, наиболее удобным из которых является жидкий азот с температурой кипения  $-1960^{\circ}\text{C}$ . Современная криогенная аппаратура позволяет воздействовать на патологический очаг в разных режимах с использованием криоадаптера со специально подобранным наконечником.

*Целью исследования* является определение оптимального режима криогенной деструкции при криохирургическом лечении объемных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Первичное повреждение тканей связано с деформационным эффектом, возникающим в результате замораживания-оттаивания, в процессе которого возникает значительная дегидратация клеток и механическое повреждение клеточных мембран, в частности денатурация фосфолипидов, ведущая к осмотическому и термальному шоку, остановке кровообращения, ведущему к развитию некробиоза и некроза. При этом мелкие сосуды в очаге деструкции полностью тромбируются, а сосуды большого размера остаются интактными, и в них восстанавливается нормальное кровообращение. Впоследствии отек исчезает, очаг некроза подвергается резорбции и замещению соединительной тканью.

Механическое повреждение клеточных структур зависит не только от особенностей и скорости замораживания, но и от скорости согревания. Деструкция клеток во время оттаивания происходит не менее интенсивно, чем при замораживании. При оттаивании происходит миграционная перекристаллизация, что усугубляет деструктивное воздействие кристаллов льда на живые клетки. И если процесс оттаивания происходит медленно, то интрацеллюлярные кристаллы льда продолжают расти и, достигнув больших размеров, повреждают внутриклеточные структуры.

Для повышения надежности криогенного воздействия, при использовании криохирургического лечения в нашей клинике, была использована следующая методика. Криовоздействие на объемное образование осуществляли с помощью аппарата «Крио-01 ЕЛАМЕД». Криовоздействие выполняли прямым контактным способом путем наложения криоаппликатора на переднюю поверхность опухоли. В ряде случаев криовоздействие осуществлялось с двух точек, что увеличивало уверенность в деструкции. Температуру криоаппликатора устанавливали в диапазоне  $-180...-1900^{\circ}\text{C}$ , время однократного воздействия составляло 10 мин, диаметр криоаппликатора — 8-10 мм. Криодеструкцию проводили в пределах здоровых тканей. Оттаивание ледяной сферы производилось со скоростью  $10-30^{\circ}\text{C}$  в минуту от минимальной температуры до полного исчезновения льда.

Такой режим воздействия позволяет увеличить диаметр ледяной сферы с выходом ее за пределы заданной зоны с таким расчетом, чтобы температура в пределах этой зоны достигала  $-20^{\circ}\text{C}$ . А так же медленное оттаивание ледяной сферы усугубляет деструктивное воздействие.

Предлагаемый режим криогенной деструкции, на наш взгляд, позволяет добиться оптимального результата криовоздействия, расширяющего возможности применения данной методики в лечении объемных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

## ОЦЕНКА ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Тарасенко С.В., Натальский А.А., Песков О.Д., Зайцев О.В., Левитин А.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Несмотря на внедрение новых стандартов и методик в абдоминальную хирургию, проблема лечения больных с механической желтухой и печеночной недостаточностью, обусловленных внепеченочным холестазом остается важной медико-социальной проблемой не только в России, но и во всем мире.

К настоящему времени проблема, какой способ дренирования желчных протоков более предпочтителен при механической желтухе, остается нерешенной.

*Цель исследования.* Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой и печеночной недостаточностью I-II стадии путем совершенствования методов хирургической коррекции.

*Материалы и методы.* С 2010 по 2011 гг. на базе Рязанского центра «Реконструктивной хирургии печени, желчных путей и поджелудочной же-

лезы» под наблюдением находился 71 больной с внепеченочным холестазом доброкачественной и опухолевой этиологии, а именно 31 мужчина и 40 женщин в возрасте от 19 до 90 лет. В указанной группе больных произведено 100 операций.

Билиодигестивные анастомозы формировались полузакрытым способом однорядным непрерывным атравматичным швом викрилом 3-0. В одном случае был сформирован тетрагепатикоеюноанастомоз, дважды — тригепатикоеюноанастомоз по усовершенствованной методике кафедры. Ранних послеоперационных осложнений не было.

*Результаты и их обсуждение.* Дисперсионный анализ динамики фракций билирубина, общего белка, мочевины, аминотрансфераз показал преимущество гепатикоеюноанастомоза над остальными методами декомпрессии билиарного дерева.



**Выводы.** Гепатикоеюноанастомоз является лучшим классическим эндо-скопическим способом дренирования у больных с печеночной недостаточностью I-II стадии. Может использоваться как при высоких,

так и при низких обструкциях желчных протоков. Наружное дренирование показано как окончательный метод лечения при выраженной гепатодепрессии и при невозможности внутреннего дренирования.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕПАТОДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Никитин Д.А., Рахмаев Т.С.**  
*МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Рязани, Россия*

В последние годы отмечается рост числа пациентов с объемными образованиями печени опухолевой и неопухолевой природы. На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения является хирургический. При планировании оперативного вмешательства результаты обследования больных синтезируются в окончательное суждение о стадии опухолевого процесса и нозологической принадлежности, функциональных резервов печени, резектабельности образования и в конечном итоге — операбельности больного. Для оценки функциональных резервов печени используется достаточно большое разнообразие дорогостоящих функциональных тестов печени (АКВР, индоцианиновый тест, лидокаиновый и др.), а так же классификация Child, предложенная в 1964 г., основанная на интегральной оценке клинко-биохимических показателей. Крайне актуальным является разработка неинвазивного, объективного и доступного способа оценки объема функционирующей паренхимы печени, позволяющего судить о компенсаторных возможностях этого органа при выборе объема хирургического лечения, а также обеспечение возможности послеоперационного мониторинга.

*Целью исследования* является изучение возможности неинвазивной оценки функциональных резервов печени у пациентов с объемными образованиями, для определения степени гепатодепрессии в раннем послеоперационном периоде.

Для оценки функциональных резервов печени использовался индекс объема функционирующей

паренхимы печени (ИОФПП) (Загайнов В.Е.), позволяющий на основании определяемого при УЗИ брюшной полости объема печени и величины общего белка сыворотки крови судить о количестве функционально активной паренхимы печени. ИОФПП отражает увеличение размеров печени, степень активности воспалительно-некротического и замещающего фиброзирующего процесса в печени при наличии цирроза, а также снижение белковосинтетической функции этого органа.

Были обследованы 15 человек с объемными образованиями печени, которым выполнялись анатомические резекции печени, и контрольная группа (10 человек) практически здоровых. Ультразвуковое исследование проводилось на сканере экспертного класса «Acuson 300». Размеры долей печени определялись по стандартной методике.

ИОФПП в группе здоровых лиц составил  $9,805 \pm 3,755$  (см<sup>3</sup>/г\*л). У пациентов с объемными образованиями печени ИОФПП был значительно выше, чем в группе здоровых, и в среднем составил  $25,785 \pm 11,795$  (см<sup>3</sup>/г\*л). Исходя из полученных результатов, значение ИОФПП выше 25,0 соответствовало прогностически неблагоприятному исходу оперативного вмешательства, в том числе и летального.

Таким образом, ИОФПП можно рекомендовать к использованию для прогнозирования развития гепатодепрессии в раннем послеоперационном периоде, а также определения объема оперативного вмешательства и прогнозирования исхода заболевания.

## ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С.А., Козик Ю.П., Неверов П.С.

Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями,

УЗ «10 городская клиническая больница»,

Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии постдипломного образования,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования:** обосновать целесообразность радикального хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным кровотечением, после ранее перенесенных операций на поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** В центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 2005-2010 гг. оперировано 69 пациентов по поводу панкреатогенного кровотечения (ПК), 14 из них были повторными и реконструктивными. Женщин — 4, мужчин — 10. Возраст — от 32 до 75 лет. Объем первичных хирургических вмешательств: лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки (ДСС), брюшной полости (БП) — 3; холецистэктомия, секвестрэктомия, ДСС, БП — 3; холецистэктомия, ХДА, секвестрэктомия, ДСС и БП — 1; ХДА, дуоденоюноанастомоз на выключенной по Ру петле — 1; ГЭА на длинной петле с Брауновским соустьем — 1; формирование цистоэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем — 1; формирование цистоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле — 2; формирование цистогастроанастомоза — 1; иссечение кисты ПЖ — 1.

Интраоперационная картина характеризовалась сложностью патоморфологической структуры очага поражения с множественными полиорганными деструкциями, что потребовало выполнения в 3 случаях обширных дистальных резекций ПЖ, спленэктомии, дополненных иссечением цистогастроанастомоза и гастропластикой (1), иссечением цистоэнтероанастомоза, дна желудка и зоны деструкции селезеночного угла ободочной кишки (1), резекцией селезеночного угла ободочной кишки, формированием панкреатоэнтероанастомоза с головкой ПЖ (1). Центральная резекция ПЖ

(перешеек и часть тела) с ранее сформированным цистопанкреатоэнтероанастомозом по Брауну, иссечение цистогастрального свища, гастропластика, формирование панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле произведена в 1 случае. Второму пациенту выполнено вскрытие гигантской псевдокисты, частичная резекция головки и тела ПЖ с панкреатическим свищом и ХДА, сформирован дистальный панкреатоэнтероанастомоз по Ру. Четырём пациентам произведена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (пПДР), дополненная в 2 случаях резекцией ранее сформированного ХДА и гепатикохоледоха. Изолированная резекция головки поджелудочной железы со вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз (операция Бегера) выполнена в 1 случае. Тотальная дуоденопанкреатэктомия произведена 2 пациентам с формированием двухпетлевых анастомозов на выключенных по Ру петлях. Органосохраняющий вариант реконструктивной операции выполнен в 2 случаях: иссечение изолированной кисты головки ПЖ и зоны деструкции задней стенки постбульбарного отдела ДПК с лигированием аневризмы а. gastroduodenalis, дуоденопластикой (1), и иссечение эктопии ПЖ в стенку ДПК с псевдодивертикулом, радикальная сегментарная дуоденопластика с дуоденохоледоходуоденоанастомозом.

**Результаты.** Летальных исходов и релапаротомий не было.

**Выводы.** Полученные удовлетворительные результаты позволяют сделать предварительное заключение о целесообразности проведения экстренных повторных хирургических вмешательств по поводу ПК в объеме одномоментных, реконструктивных и радикальных операций.

## ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХИРУРГИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С. А., Козик Ю.П., Неверов П.С.

Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями,

УЗ «10 городская клиническая больница»,

Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии постдипломного образования,

Минск, Беларусь

**Цель исследования:** показать обоснованность и удовлетворительные результаты экстренных радикальных одномоментных оперативных вмешательств при поражении проксимальных отделов ПЖ, осложненных панкреатогенными кровотечениями (ПК).

**Материалы и методы.** С 2005 по 2010 гг. в Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями г. Минска оперировано 30 человек по поводу ПК, причиной которых явился обширный деструктивно- дегенеративный процесс в области головки ПЖ с мультиорганными осложнениями. Возраст пациентов — от 32 до 67 лет; мужчин — 27, женщин — 3. Все длительное время страдали хроническим панкреатитом, 7 были ранее оперированы по поводу осложненного течения воспаления ПЖ.

Операции выполнялись по жизненным показаниям. Интраоперационно во всех случаях обширный дегенеративно-деструктивный процесс в панкреатодуоденальной области с массивным разрушением желудочной стенки или нисходящей ветви ДПК, протоковой дилатацией и деформацией, аррозивным кровотечением, грубым рубцовым перипроцессом, кальцинозом и фиброзом в зоне магистральных сосудов. Гастропанкреатодуоденальные резекции при поражении пилороантрального отдела желудка произведены в 4 случаях. Пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции (ПДР) выполнен 18 пациентам с резекцией ранее сформированного ХДА и гепатикохоледаха в 2 случаях; иссечением ГЭА и гастропластикой в одном; одному пациенту при сформированной цистопортальной фистуле ПДР была дополнена краевой резекцией воротной ве-

ны. 2 пациентам, ранее оперированным по поводу деструктивного панкреатита, объем операций расширен до дуоденопанкреатэктомии. Дуоденосохраняющий вариант проксимальной резекции ПЖ при аррозивном кровотечении удалось выполнить в шести случаях: трем пациентам произведена изолированная резекция головки ПЖ (операция Бегера), в одном случае дополненная вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз; в одном — выполнено вскрытие гигантской псевдокисты, резекция головки и частично тела ПЖ с панкреатическим свищом, холедоходуоденоанастомоз, дистальный панкреатозентероанастомоз «конец-в-конец» на выключенной по Ру петле; в одном случае произведена частичная резекция головки ПЖ, папиллосфинктеровисунгопластика, холедоходуоденопанкреатозентероанастомоз на выключенной по Ру петле с резекцией 2/3 желудка и части ДПК. Одному пациенту выполнена дистальная резекция хвоста ПЖ с кистой, псевдоаневризмой и цистога-стральным свищом, гастропластика, интрапаренхиматозная резекция головки и частично тела ПЖ, панкреатозентероанастомоз на выключенной по Ру петле, холецистэктомия.

**Результаты.** Релапаротомий, летальных исходов не было.

**Выводы.** 1) поражение проксимального отдела ПЖ обуславливает осложненное течение заболевания с мультиорганными поражениями; 2) при проксимальных поражениях ПЖ, осложненных кровотечением, целесообразно выполнение одномоментных операций с радикальным удалением патологического очага, прицельным гемостазом, реконструкцией поврежденных органов и структур.

## НАШ ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тарасов С.Л., Халимов А.Э., Зайцев Д.В.

МУЗ Медико-санитарная часть Ижмаш, Ижевск, Россия

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает видное место в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. В связи с широкой

распространенностью проблемы ее лечения является одной из самых актуальных в хирургической практике. В связи с этим мы сочли возможным и

целесообразным подвергнуть анализу опыт нашей клиники в лечении ЖКБ. За период с 1986 по 2009 гг. в клинике находилось на лечении 5356 больных с холециститом и его осложнениями. До 1990 года наблюдалось незначительное снижение количества больных холециститом, а с начала 90-х годов имеет место стремительный рост заболеваемости холециститом. Всего с 1986 г. выполнено 3790 операций по поводу холецистита и его осложнений. Мы выделили три периода в подходах к лечению ЖКБ. Первый период, когда отсутствовала ультразвуковая диагностика, лапароскопическое диагностическое оборудование было не совершенным. Количество больных по годам было стабильным, соотношение плановых и экстренных вмешательств примерно равным и держалось на одном уровне. Стремительно снижался процент поздней обращаемости с 60 до 24%. Общая летальность колебалась в пределах от 0,97 до 5,13%, послеоперационная при экстренных вмешательствах — от 0 до 12%, а плановых — от 0 до 2,2%. Это объяснялась не столько тяжестью операции, сколько тяжестью патологического процесса в печени и желчных протоках. Второй период начался с широкого применения УЗИ при диагностике заболеваний желчевыводящих путей, и характеризовался более широким применением диагностической лапароскопии. Умеренным ростом процента поздней обращаемости, с постепенным, стабильным, пропорциональным ростом количества плановых и экстренных вмешательств в два раза за указанный период. Общая летальность колебалась от 0 до 3,6%, послеоперационная летальность при экстренных вмешательствах от 0 до 6,6%, плановых от 0 до 2% снижение с предыдущим периодом в 1,5

раза. Третий период начался с активного внедрения эндоскопических вмешательств при холецистите и его осложнениях, сначала плановых, а затем и экстренных. Удельный вес лапароскопических вмешательств растет, и за последние пять лет превысил 50%. В данный период наблюдается увеличение количества больных с холециститом и его осложнениями, при некотором замедлении темпов роста. Количество плановых вмешательств незначительно превышает количество экстренных. Улучшились показатели общей летальности и составили от 0 до 1,2%, при экстренных вмешательствах — от 0 до 3,06%, плановых — от 0 до 0,57%. Считаем, что это связано с улучшением точности диагностики в предоперационном периоде, широким внедрением эндоскопических технологий, совершенствованием хирургической тактики и техники.

Таким образом, желчнокаменная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. В связи с широкой распространенностью проблема ее лечения остается одной из самых актуальных в абдоминальной хирургии. Неуклонно возрастает число больных с осложненными формами ЖКБ, что связано с заметным увеличением больных пожилого и старческого возраста. Хирургический метод остается единственным патогенетически обоснованным при различных формах ЖКБ. Благодаря развитию новых технологий современные тенденции в лечении желчнокаменной болезни это применение мининвазивных технологий. Однако сочетание осложненных форм ЖКБ значительно усложняет выбор рационального хирургического вмешательства, особенно у пациентов старших возрастных групп с сопутствующей патологией.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОХИРУРГИИ С КРИОАУТОВАКЦИНАЦИЕЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Ташиев Р.К.

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика,  
Киев, Украина

**Цель исследования:** повысить продолжительность и качество жизни больных колоректальным раком с метастазами в печень путем применения криоаутовакцинации.

**Материалы и методы.** Приведен опыт лечения 6 больных колоректальным раком с метастазами в печень. Возраст больных — от 45 до 72 лет, женщин — 3, мужчин — 3. Метастазы обнаружены одновременно с первичной опухолью у 1 больного; через 1 и 3 месяца после первичной операции —

у 2 больных; через 8 месяцев — 1 год 5 месяцев — у 3 больных. У всех больных первичная опухоль удалена. Количество метастатических узлов от двух до трех с размером от 6 до 10 см было у 4 больных, по одному метастатическому узлу было у 2 больных с размером 5х6 см и 3х4 см.

В схему стандартного комбинированного лечения включено криовоздействие на печень при температуре от  $-165^{\circ}\text{C}$  до  $-185^{\circ}\text{C}$  дважды со спонтанным оттаиванием (с резекцией органа у 5 больных,



без резекции — у 1 больного) и иммунотерапия с применением аутовакцины, изготовленной на основе подвергнутой криодеструкции ткани по схеме: 3 введения каждые 7 дней, начиная с 10-14 суток после операции, последующая ревакцинация — через 3, 6 и 9 месяцев. Перед ревакцинацией проводилось полное клиническое обследование. В послеоперационном периоде больным проводилось не менее 3х курсов адьювантной химиотерапии (5ФУ с лейковорином).

**Результаты.** Минимальная продолжительность жизни после проведенного лечения — 10 месяцев — отмечена у больной 32 лет с гистологически подтвержденным недифференцированным раком (метастатические узлы 7,5х8,5 см в S VI, VII, резекция первой доли печени).

Максимальная продолжительность жизни — 6 лет. Была проведена комбинированная резекция правой доли печени с холецистэктомией и лимфодиссекцией по ходу гепатодуоденальной связки (метастатические узлы общим размером 8х10 см в

S IV, V, VII). В настоящее время больная продолжает жить, работает.

У больного, прожившего 3 года 1 месяц, после проведенного лечения при динамическом наблюдении на КТ и УЗИ признаков *prolongacio morbi* не выявлено. За 1 месяц до смерти на КТ выявлены признаки *prolongacio morbi*, среди опухолевых маркеров (АФП, РЭА, СА-19-9) значительное повышение лишь РЭА (522,1 нг/мл).

У остальных 3-х больных продолжительность жизни 1 год 5 месяцев-1 год 8 мес. Смерть наступила от рецидива основного заболевания (1 больной) и прогрессирования метастазирования (2 больных).

Средняя продолжительность жизни составила 2 года 5 месяцев, что превышает результаты современных методов химиотерапии (до 2 лет).

Набор материала продолжается.

**Заключение.** Полученные предварительные результаты свидетельствуют о перспективности включения криоаутовакцинации в комбинированное лечение больных с метастазами колоректального рака в печени.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Теремов С.А., Мухин А.С., Градусов В.П.

Кафедра хирургии ФПКВ Нижегородской государственной медицинской академии, Нижний Новгород, Россия.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) широко распространена во всех цивилизованных странах, в том числе и в России. Летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита у пожилых людей достигает 15-20%. Открытая хирургическая санация желчных путей при острых воспалительных заболеваниях остается наиболее распространенным вмешательством у данной категории пациентов. С января 2000 г. по декабрь 2009 г. в хирургическом отделении МЛПУ «Городская больница №35» г. Нижнего Новгорода находилось на лечении 249 пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Из них оперировано 225 человек. Мужчин было 50 (20%) и женщин — 199 (80%). Возраст больных колебался в пределах от 15 лет до 91 года (средний возраст — 64,9±15,97 года). Больные старше 60 лет составили 71,5% (178 человек из 249). 154 (61,8%) больных из 249 страдали серьезными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов. 221 пациент имел различные формы воспаления желчного пузыря, что составило 88,8% от 249 наблюдавшихся, 26 (10,4%) человек поступили в клинику с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» и 2 (0,8%)

с диагнозом «стриктура гепатико-еюноанастомоза, холангит». Характер воспаления желчного пузыря: хронический холецистит — 18 (8,2%), катаральный — 44 (20%), флегмонозный — 144 (65,5%), гангренозный — 15 (6,8%). По характеру патологии внепеченочных желчных протоков пациентов распределили следующим образом: холедохолитиаз, механическая желтуха — 106 человек; холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) — 56; ущемленный камень БДС — 41; стеноз терминального отдела холедоха — 9, резидуальный холелитиаз — 6; стриктура печеночных протоков — 2; острый панкреатит, механическая желтуха — 3; состояние после ХДА, рефлюкс-холангит — 2 человека. Гнойный холангит осложнил течение протоковой патологии в 67 случаях, острый панкреатит — в 23. Холецистостомия выполнена 11 пациентам; холецистэктомия, дренирование культи пузырного протока (ДКПП) — 19. Виды операций на внепеченочных желчных протоках (195 случаев) распределились следующим образом: латеро-латеральная холедоходуоденостомия выполнена у 50 пациентов; трансдуоденальная папиллосфинктеротомия — у 73; холедохолитотомия,

шов холедоха — у 35; холедохотомия, низведение камня в двенадцатиперстную кишку — у 15; термино-латеральная холедоходуоденостомия — у 5; эндоскопическая папилосфинктеротомия — у 10; гепатикоеюностомия — у 4; холедохотомия, ревизия и шов холедоха — у 3.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнений имели место в 2,7% случаях: 1) эвентрация — 2; 2) выпадение ДКПП — 2; 3) Желчный перитонит после удаления ДКПП; 4) отграниченный желчный перитонит — 1; 5) нагноение послеоперационной раны — 1. Летальность составила 1,8% (4 больных). Причинами ее явились: 1) острая сердечная недостаточность — 1;

2) полиорганная недостаточность, бактериальный шок — 1; 3) бактериальный шок — 1; 4) кровотечение из ложа желчного пузыря — 1. Средний койко-день после операции составил —  $15,2 \pm 9,7$ . У пациентов с выраженными проявлениями острой печеночной недостаточности первым этапом необходимо выполнение декомпрессионного дренирования желчных путей в виде открытой или чрезкожной чрезпеченочной холангио- или холецистостомии. Способ внутреннего дренирования должен выбираться с учетом данных холангиографии. Вмешательство следует завершать наружным декомпрессионным дренированием желчных путей через культю пузырного протока.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ярмухаметов И.М., Фахретдинов Д.З., Нгуен Х.К.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Актуальность.** Летальность при травматических повреждениях печени (ТПП) достигает 50%, при сочетанной травме 80%. Работ, посвященных не инвазивным и миниинвазивным технологиям, тактике damage control, исследованию интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) при ТПП не достаточно, в связи с чем проведено исследование.

**Цель исследования.** Определить эффективность современных технологий в диагностике и лечении ТПП.

**Материалы и методы.** Выполнено экспериментальное исследование на 20 поросятах с созданием пневмоперитонеума продолжительностью 5-6 часов, забором ткани печени после устранения ИАГ на патоморфологическое исследование, показавшее деструктивные изменения, связанные с длительной ишемией. Хемилюминесценция плазмы, показатели лактата крови свидетельствовали о грубых ишемически-реперфузионных повреждениях печени.

Основную группу клинического материала составили 137 пострадавших с ТПП. По поводу ранений печени поступило 84 (61,3%), разрывов — 53 (38,7%) пострадавших, у 98 (71,5%) травма была сочетанной.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено 129 (94,1%), компьютерная томография 5 (3,7%), диагностическая лапароскопия 120 (87,6%) пострадавшим. При УЗИ ТПП диагностировано в 127 (92,7%), при компьютерной томографии и диагностической лапароскопии во всех случаях.

Тяжесть кровопотери определялась по методу Мооге в модификации нашей клиники. При лапароскопии оценивалась кровопотеря, характер повреждения, выполнялась реинфузия крови по разработанному нами способу при наличии показаний. Гемостаз достигался электрокоагуляцией, аппликацией препарата «Тахокомб», гемостатическими швами. В 8 случаях использовалась минилапаротомная ассистенция с использованием набора «Мини-ассистент». Этапное лечение проведено у 8 пострадавших с тяжелым ТПП (тампонада печени с повторными радикальными операциями через 24-48 часов). Для сравнения в историческом аспекте взята контрольная группа из 152 пострадавших с ТПП, поступивших в 1992-2000 гг., когда разработанный алгоритм не имел широкого применения.

**Результаты.** В основной группе выполнено 29 (21,2%) лапаротомных, 97 (70,8%) лапароскопических, 11 (8%) лапароскопически ассистированных операций. В контрольной группе миниинвазивные операции выполнены 46 (30,3%), лапаротомные 106 (69,7%) пострадавшим. После операции ИАГ не развилась у 31 (22,6%), ИАГ 1 ст. развилась у 85 (62,0%), 2 ст. — у 15 (10,9%), 3 ст. — у 4 (2,9%), 4 ст. — у 2 (1,5%) пострадавших. Профилактика и коррекция ИАГ подразумевала интенсивную инфузионную терапию с противоотечным компонентом, с антиоксидантами, перидуральную анестезию, назогастральную и трансанальную интубацию, при 3-4 ст. ИАГ миорелаксацию с продленной искусственной вентиля-

цией легких. В 6 случаях компартмент-синдрома выполнена декомпрессивная лапаротомия с назогастроинтестинальной интубацией кишечника и лапаростомией. Показатели летальности и послеоперационных осложнений в основной группе составили 5,8% и 12,4%, в контрольной 11,2% и 19,7% соответственно.

**Выводы.** Использование современных технологий при ТПП позволило в 78,8% случаях установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства. ИАГ приводит к ишемически-реперфузионному повреждению печени и может являться пусковым механизмом в развитии полиорганной недостаточности при отсутствии коррекции ИАГ.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Титова М.И., Вишневский В.А., Егорова В.В., Гумаргалиева К.Э., Демидова В.С., Кашперский Ю.П.  
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Коагулопатические кровотечения, возникающие на фоне холемии с уровнем билирубина, превышающим норму в 15-20 раз (300-450 м/моль/л) могут в клинике проявляться гипергепаринемией эндогенного и экзогенного типа, аномалиями в строении структур молекулы фибриногена, когда активность фибринстабилизирующего XIII фактора составляет 20-25%, снижением адгезивно-агрегативных свойств тромбоцитов, повышением активации фибринолиза, а также торможением образования кровяного тромбопластинообразования и подавлением синтеза К-витаминзависимых факторов свертывания крови — II, VII, IX и X факторы.

Ранее эти формы коагулопатий лечились с помощью медикаментозных гемостатиков и препаратов крови под контролем данных коагулограммы.

В настоящее время в арсенале средств профилактики и коррекции кровотечений сложного генеза в гепатологии важное место стали занимать инструментальные методы профилактики и остановки кровотечения сложного генеза: дооперационная декомпрессия желчных путей, метод коррекции холестаза и коагулопатических форм кровотечения у больных с механической желтухой и R-эндоваскулярная эмболизация на основе использования эмболов из ПолиГема.

Исследования, проведенные В.А. Вишневским с соавт. (1994), показали, что декомпрессия желчных путей при длительно протекающей механической желтухе способна не только наладить эффективный отток желчи, снять интоксикацию, но и улучшить показатели белково-синтетической функции печени и активизировать выработку белков системы гемостаза, что позволяет этот метод использовать как надежный метод предупреждения холетических и

коагулопатических форм кровотечения у больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны при механической желтухе.

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского были разработаны гематологические и гемостазиологические стандарты для оценки биологических свойств полимерных материалов из ПолиГема для клинического R-эндоваскулярного пользования в случаях немедленной остановки и профилактики кровотечений сложного генеза.

Эмболы из ПолиГема являются гемостатически активным эндоскопическим полимерным материалом, способным активировать первичный тромбоцитарный гемостаз через выделения низкомолекулярного мономера, факторы плазменного звена гемостаза, а также снизить активность фибринолиза и антикоагулянтные свойства крови, которые сохраняются 10-15 дней в постэмболизационном периоде.

Полноценная организация эмбола из ПолиГема и окклюзия сосуда идет по типу образования «красного» фибринового тромба при активации XIII фактора и эффекте разбухания эмбола в просвете сосуда.

Изучение и учет данных изменения системы гемостаза позволяет также определить эффективность лечебной эмболизации и определить оптимальные сроки выполнения основного типа операции в рамках 3-5-8 дня постэмболизационного периода.

Эффективность лечебной эмболизации особенно выражена при лечении гемобилии и при выполнении расширенных и повторных объемных операций на печени при сосудистых и злокачественных новообразованиях, что позволяет снизить общую интраоперационную кровопотерю в 2-3 раза.

## МИНИ-ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Топузов Э.Э., Кяккинен А.И., Ерохина Е.А., Каширина И.С.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить преимущества малоинвазивного хирургического вмешательства через мини-доступ при осложнениях желчнокаменной болезни у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

**Материалы и методы.** За период с 2001 по апрель 2011 гг. в клинике были оперированы 904 пациента, из них 113 пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью, тяжелая сопутствующая патология не позволяла выполнить лапароскопическую операцию, связанную с инсуффляцией углекислого газа в брюшную полость. Все эти больные страдали гипертонической болезнью II-III ст. Из них 8 пациентов были с кардиостимуляторами в связи с тяжелыми нарушениями ритма сердца, 18 больных перенесли в анамнезе острый инфаркт миокарда, 14 пациентов острое нарушение мозгового кровообращения, у 21 больных отмечалась сердечно-легочная недостаточность, 28 больных были с пневмофиброзом, эмфиземой легких, 15 пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией, 9 человек ранее оперированные по поводу острого панкреатита, панкреонекроза. Из осложнений ЖКБ у большинства больных (63%) имелись деструктивные формы острого холецистита: флегмона желчного пузыря — у 15 (13%), гангрена — у 4 (3,5%), водянка — у 9 (7,9%), эмпиема — у 12 (10,6%), перивизикальный абсцесс — у 5 (4,4%), билиодигестивные свищи — у 20 (17,6%) и холедохолитиаз и механическая желтуха — у 26 (23%). Необходимо отметить, что 14% больных имели выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости вследствие ранее перенесенных операций.

**Результаты.** Всех этих больных после предоперационной подготовки и коррекции сопутствующих заболеваний оперировали из мини-доступа с использованием комплекса ранорасширителей с зеркалами и осветителями (фирма ЛИГА 7) М.И. Прудкова и набором инструментов для работы на желчных протоках. При выделении желчного пузыря рассекали имеющиеся спайки, разделяли инфильтрат или билиодигестивные свищи. Отверстия в кишке зашивались двухрядными швами. Производилась холецистэктомия с отдельной перевязкой пузырной артерии и протока. У всех пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой проводилась интраоперационная ревизия гепатикохоледоха и холедохолитотомия через имеющийся мини-доступ, проводилось литоэкстракция, при необходимости формирование внутренних анастомозов. У 18 больных при осложненном холедохолитиазе, в ряде случаев операцию заканчивали наружным дренированием желчных путей. В послеоперационном периоде, после нормализации состояния больных, выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Тяжелых осложнений, как во время вмешательства, так и в послеоперационном периоде не отмечалось. Летальных исходов не было. Средний койко-день составил  $7 \pm 2$  дня.

**Заключение.** Мини-доступ позволяет выполнить необходимый объем вмешательства при различных осложнениях желчнокаменной болезни. Отказ от широких травматичных доступов у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, позволил уменьшить стресс, связанный с операцией и риск развития возможных осложнений, облегчить послеоперационный период, сократить время выздоровления и уменьшить стоимость лечения пациентов.

## РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ — ВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ К СНИЖЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ?

Топузов Э.Г., Рубцов М.А., Князева Ю.В., Абдуллаев Я.П., Галеев Ш.И.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

Существующие рекомендации международной ассоциации панкреатологов (IAP) определяют оптимальные сроки операции при деструктивном панкреатите как 3-я или 4-ая неделя с момента начала заболевания. При этом, сепсис-индуциро-

ванные органические нарушения могут манифестировать гораздо раньше, обуславливая последующую их резистентность к отсроченному хирургическому вмешательству. В исследовании приведены результаты лечения тяжелых пациентов с деструк-



тивным панкреатитом в зависимости от сроков операции.

**Цель исследования:** сравнить результаты лечения в 2-х группах пациентов: оперированных в течение первых 2-х недель заболевания и тех, кто подвергся хирургическим вмешательствам позже: на 3-й, 4-й неделях.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 крайне тяжелых пациентов, страдающих деструктивным панкреатитом. У 17 (31,5%) из них в течение первой недели заболевания были выявлены 2 и более признаков, свидетельствующих о фульминантном панкреатите: распространенный некроз поджелудочной железы ( $> 50\%$  паренхимы органа), инфицирование очагов деструкции, и панкреатит-специфичные органые нарушения (дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная дисфункции). 47 пациентов были оперированы рано: в течение первых 2 недель заболевания — группа 1. Остальные подверглись отсроченным вмешательствам — группа 2. Было проведено сравнение групп в отношении степени прогрессии системных осложнений и исхода заболевания.

**Результаты.** Тяжесть системных осложнений (в соответствии со шкалой Marshall) на момент госпитализации не различалась. Несмотря на консервативное лечение, пациенты группы 2 имели к

моменту операции более выраженные системные осложнения, свидетельствуя об их прогрессии:  $5,3 \pm 2,5$  баллов (группа 2) против  $3,2 \pm 2,5$  (группа 1) ( $p < 0,05$ ). Отсроченная операция позволяла выполнять бескровную, адекватную масштабу деструктивных изменений некрэктомию, но не препятствовала развитию системных осложнений в послеоперационном периоде. Летальность в группе 2 оказалась неприемлемо высокой, составив 71,4%. Все неудачные результаты лечения в упомянутой выше серии были вызваны резистентным к лечению (в том числе хирургическому вмешательству) тяжелым абдоминальным сепсисом. Хотя различия в показателях летальности между группами не достигли статистически значимых: 29,8% (группа 1) против 71,7% (группа 2) ( $p < 0,1$ ), здравый смысл подсказывает, что у изначально крайне тяжелых больных поздние операции (на 3-4 неделях) так же плохи, как и выполняемые в первые дни заболевания.

**Выводы.** Эволюция деструктивно-воспалительного процесса в полости живота при остром панкреатите не может быть единственным фактором, определяющим оптимальные сроки хирургического вмешательства. Сроки операции должны, вероятно, быть пересмотрены у тех пациентов, которые имеют тяжелый сепсис уже в течение первой недели заболевания.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Трандофилов М.М., Фомин В.С., Зинатулин Д.Р., Крючко П.В., Нефедов Р.Г., Журавлева А.В.

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет,

33 городская клиническая больница, Москва, Россия

**Актуальность.** Печеночно-клеточная карцинома (ПКК) — наиболее часто встречающаяся опухоль среди первичных злокачественных новообразований печени. Известно, что ПКК является нередким осложнением и одной из частых причин смерти больных циррозом печени (ЦП) в исходе хронических вирусных гепатитов, преимущественно HCV.

**Цель исследования.** Апробировать алгоритм выявления при ПКК.

**Материалы и методы.** За период 2005-2011 гг. на базе 33 ГKB им. проф. Остроумова А.А. г. Москвы, наблюдали 24 пациентов с ПКК, верифицированной по данным гепатобиопсии. Половой деморфизм с преобладанием мужского пола (79%). Средний возраст  $56,32 \pm 2,65$  лет. Все пациенты были обследованы в соответствии с Медико-экономическими стандартами Департамента Здравоохранения г. Москвы и диа-

гностическом алгоритмом выявления ПКК по Buiх с соавт. (2001).

**Результаты.** За указанный период в терапевтических, гастроэнтерологических и хирургических отделениях стационара было пролечено 3278 пациентов с циррозом печени различного генеза. В ходе диагностического поиска нами активно применялся алгоритм Buiх с соавт. (2001), основанный на мониторинге изменений при динамических сонографических исследованиях и контроле уровня альфа-фетопротейна каждые 6 месяцев у пациентов групп риска по ПКК. В ходе плановых УЗИ брюшной полости у больных с циррозом печени нами обращалось внимание на выявление патологических образований (узлов) в паренхиме печени, что при сочетании с повышенными значениями альфа-фетопротейна позволяло заподозрить ПКК с высокой степенью вероятности. Очаговые обра-

зования печени заподозрены у 349 пациентов: по данным УЗИ брюшной полости ( $n=327$ ), остальные ( $n=22$ ) — при компьютерном сканировании как находки при диагностике сопутствующих заболеваний. Нами было выделено 24 пациента, которые, по критериям Buiх с соавт., были подозрительны в отношении ПЖК, что составило 0,73% от общего количества пациентов с ЦП и 6,8% от числа пациентов с очаговыми образованиями на фоне ЦП. Биопсия во всех наблюдениях позволила морфологически верифицировать диагноз, тем самым подтвердив правомочность вышеприведенного алгоритма. В нашей клинике лечение продолжили 18 пациентов. В ходе выработки тактики проводимого лечения мы руководствовались Барселонской классификацией (БК) ПЖК (1999) и алгоритмом El-Serag с соавт. (2009). Резекция печени выполнялась у 7 пациентов (бисегментэктомия VI-VII — 1; правосторонняя гемигепатэктомия — 3; левосторонняя гемигепатэктомия — 3). Отмечен 1 летальный исход через 19 месяцев после опера-

ции. Радиочастотная абляция (РЧА) применена у 4-х пациентов при стадии заболевания А4 по БК ПЖК (1999). Отмечен 1 летальный исход после 18 месячного лечения пациента с 3 курсами РЧА. Трое пациентов продолжают лечение: выполнено 5, 6 и 8 курсов РЧА, сроки наблюдения составляют 12, 17 и 20 месяцев соответственно. Нами у 7 пациентов методика РЧА дополнялась регионарной химиотерапией доксорубицином. На сегодняшний день продолжают лечение 5 пациентов. Отмечено два летальных исхода через 1 и 1,5 года от момента постановки диагноза на фоне опухолевой прогрессии.

**Заключение.** Лечение ПЖК в современной онкогепатологии занимает одну из ведущих позиций. Необходимо стремиться к увеличению выявляемости ПЖК на ранних стадиях за счет проведения мониторинга в группах риска. Важно отметить повышение доступности многопрофильного специализированного лечения и четкое стадирование ПЖК с использованием утвержденных классификаций.

## ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕРОЗНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Третьяк С.И., Ларионов А.И., Хрыщанович В.Я.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

Проведено исследование, основанное на применении метода ультразвукографии, как с целью диагностики кистозной патологии печени, так и проведения манипуляций под визуальным контролем.

Проанализированы результаты лечения 59 пациентов с серозными кистами печени, которым были выполнены различные по объему оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем. Всего было оперировано 48 (81,3%) женщин и 11 (18,7%) мужчин. У 41 больного кисты располагались поверхностно, у 18 — внутрипеченочно, из них четверо пациентов страдали поликистозом печени. В ряде случаев пункция и аспирация содержимого кисты дополнялись склеротерапией и дренированием остаточной полости. У 15 (25,4%) больных была выполнена только аспирация содержимого кисты. У 37 (62,7%) помимо аспирации произведена обработка полости кисты 96% спиртом, из них у 4 (6,8%) обработка проводилась 96% спиртом в сочетании с йодом. У 7 (11,9%) пациентов выполнено дренирование полости кисты с многократной обработкой эпителиальной выстилки спиртом. В случаях хорошей переносимости больными проводимой манипуляции, экспозиция спирта в полости кисты составляла от 20 до 30 минут. Дренаж удаляли через 3 суток при отсутствии по нему отделяемого после контроль-

ного ультразвукографического исследования. У 4 больных дренирование осуществлялось в течение 7 суток по причине сохранения до 150 мл суточного отделяемого мутного или опалесцирующего характера. У одного больного дренирование выполнялось в течение 12 суток, поскольку произошло инфицирование содержимого остаточной полости, что потребовало применения антисептиков и многократного промывания полости кисты водным раствором хлоргексидина. У 3 больных дренаж не функционировал в связи с его перегибом и дислокацией из полости кисты. На вторые сутки после проведения манипуляции указанные обстоятельства потребовали удаления дренажа. У 12 больных было отмечено развитие рецидивов кист печени, в связи с чем им выполнялись повторные пункции под контролем ультразвука. При повторных пункциях цвет содержимого кист менялся, он приобретал коричневую окраску или становился мутным. У 6 пациентов было получено гнойное отделяемое, из них у 4 ранее были выполнены пункции кист. При получении гнойного содержимого всем больным выполнялось дренирование кисты с многократным промыванием полости кисты водным раствором хлоргексидина. Полного исчезновения полости кисты не было достигнуто ни в одном из наблюдений. У 3 пациентов в процессе выполнения

манипуляции пункция была прекращена в связи с появлением крови из пункционной иглы, у 2 больных наблюдали кровотечение в полость кисты. У 1 пациентки манипуляция осложнилась формированием гематомы печени в процессе проведения иглы в полость кисты. Учитывая развившееся осложнение, сразу после его возникновения пациентке был назначен постельный режим и гемостатическая терапия. Таким образом, из 59 пациентов у 12 были зафиксированы осложнения пункционных методов лечения, что составило 18,6%. Во всех случаях

лечение проводилось консервативно и не потребовало выполнения лапаротомии.

**Выводы.** Пункционные методы лечения серозных кист печени недостаточно эффективны и носят паллиативный характер; многократные пункции нецелесообразны из-за высокой частоты осложнений и рецидивов; учитывая малую травматичность, применение пункционных методов оправдано при внутривнутрипеченочном расположении кист, а также у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда другие виды лечения невыполнимы.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Третьяк С.И., Ларионов А.И., Хрыщанович В.Я.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

**Целью исследования** было проведение сравнительной оценки эффективности и отдаленных результатов различных оперативных вмешательств по поводу непаразитарных кист печени, выполняемых из лапаротомного доступа.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 81 пациентов с серозными кистами печени. Из них женщин было 69 (85,2%), мужчин — 12 (14,8%), в возрасте от 18 до 76 лет. Оперативные вмешательства по поводу солитарных кист были выполнены 46 (56,7%) больным, а при множественных кистах печени и поликистозе — 35 (43,2%). В 14 случаях показанием к хирургическому лечению было наличие у пациентов желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита. Соотношение количества кист в левой доле к их количеству в правой доле составило 1:1,7. У 12 (14,8%) патологические образования печени локализовались в обеих долях. При поликистозе операции были выполнены 21 пациенту, что составило 25,9% от всех оперированных. Размеры кист были различными и колебались в пределах от 15 мм до 180 мм в диаметре. Осложненное течение заболевания имело место в 38,3% случаев от общего количества больных, оперированных с использованием лапаротомного доступа. По поводу разрыва инфицированных кист и разлитого перитонита в экстренном порядке было оперировано двое больных. Одна пациентка была оперирована по поводу механической желтухи, вызванной сдавлением общего печеночного протока кистой, локализованной в области ворот печени. Из общего количества оперированных больных у четырех были выполнены различные по объему резекции печени. У одной пациентки, страдающей поликистозом печени, произведена левосторонняя гемигепатэктомия по поводу тотального поражения левой доли. В двух случаях совместно

с фенестрацией маргинально расположенных кист печени была произведена резекция 2, 3, 4 сегментов. Еще у одной больной произведена резекция 3 сегмента печени с кистой. Дренирование кист печени в качестве самостоятельного хирургического пособия было выполнено в 3 случаях. Цистэктомия, как основной метод лечения серозных кист, была произведена у 7 больных. Фенестрация кист печени, произведенная 67 пациентам, была наиболее частой операцией, при этом у 21 из них выявлен поликистоз печени. У 2 больных с целью закрытия остаточной полости применялась прядь большого сальника, у 8 с этой целью применяли отечественный препарат «Оксицеланим». Количество фенестрированных кист составило от 9 до 40, размеры их были от 0,5 см до 14 см в диаметре.

**Выводы.** Оперативные вмешательства по поводу серозных кист печени, выполняемые из лапаротомного доступа, являются более эффективными по сравнению с пункционными методами, но, в то же время, более травматичны и выполнимы не во всех случаях; резекция печени и цистэктомия являются радикальными операциями, однако имеют большой процент осложнений в раннем послеоперационном периоде вследствие их высокой травматичности; дренирование полости кисты в сочетании с ее многократной санацией антисептиками, как самостоятельное вмешательство, оправдано при абсцедировании кистозного содержимого. Фенестрация при поликистозе печени носит паллиативный характер и обоснована в случаях невозможности выполнения более радикальной операции; методом выбора в хирургии серозных кист печени из лапаротомного доступа следует считать фенестрацию, поскольку она является малотравматичным оперативным вмешательством, позволяющим снизить количество осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Тулин А.И., Рибениекс Р., Погодина Е., Студка Р., Гардовскис Я.

Университетская клиническая больница им. П. Страдыня, Рига, Латвия

По данным литературы, доля больных с альвеолярным эхинококком (АЭ) печени, обращающихся за медицинской помощью в стадии тяжелых осложнений, может достигать 82%. В этой связи только у 22,2% — 46% больных возможно осуществить радикальную операцию (Б.И. Альперович, В.А. Журавлев К. Buttenschoen).

**Материалы и методы.** За период с 1997 по 2010 гг. в клинике находились на лечении 33 больных с АЭ печени в возрасте от 17 до 78 лет. Диагностика осуществлялась с помощью реакции непрямой гемагглютинации на наличие специфических антител, а также иммуно-ферментативных исследований, УЗИ, КТ и МРТ. В доклинической стадии и с незначительными клиническими проявлениями поступили 14 больных. У 19 (57,6%) пациентов на момент поступления имелся ряд тяжелых осложнений: распад и бактериальное инфицирование альвеолярных узлов, механическая желтуха, прорастание в магистральные сосуды и соседние органы.

У 29 пациентов было применено хирургическое лечение, в том числе у 23 — после неоадвантно-го курса лечения альбендозолом. 5 больных получали только длительное медикаментозное лечение альбендозолом, у 4 из них радикальная резекция печени была не осуществима, 1 больная отказалась от операции.

**Результаты.** Радикальное удаление пораженной АЭ ткани печени удалось у 12 (41,3%) больных. Нерадикальные резекции печени и симптоматические паллиативные операции были применены у 17 (58,6%) пациентов. Показанием к операции

у этих больных были осложнения, непосредственно угрожающие жизни больных. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных (17%), умер 1 пациент (3,4%).

После радикальных операций рецидив АЭ возник у 1 больного (8,3%). Больной был оперирован повторно через 19 месяцев. После нерадикальных резекций печени, несмотря на проведение адьювантного лечения альбендозолом, рост резидуальных узлов АЭ отмечен у всех 14 больных. Из этого числа пациентов клинически значимые осложнения — гнойные абсцессы, механическая желтуха, сдавление и тромбоз нижней полой вены, отдаленные метастазы, в сроки от 43 до 76 месяцев (в среднем 72 месяца) возникли у 5 (35,7%) больных.

У всех 5 больных, получающих только медикаментозное лечение, отмечено улучшение состояния в первые 4-6 недель после его начала, в том числе у 1 больного уменьшился асцит, у другого существенно снизился уровень билирубина в крови. За время наблюдения в сроки от 45 до 67 месяцев (в среднем 53 месяца) у 1 больной развилось серьезное осложнение — прорыв деструктивного узла АЭ печени в брюшную полость, потребовавшее проведения ее оперативной санации.

**Заключение.** При невозможности выполнения радикальной операции у больных с АЭ, хирургическое лечение абсолютно показано лишь в случае массивного распада с бактериальным инфицированием паразитарного узла. В остальных случаях альтернативой условно-радикальной операции является длительная антигельминтная терапия.

## СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Туровец М.И., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В.

Кафедра факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, Клиника №1 Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

**Цель исследования.** Разработка способа, позволяющего проводить раннюю диагностику и оценивать динамику развития острого панкреатита после эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование 287 историй болезни пациентов, которым в 2007–2010 гг. в Клинике №1 ВолГМУ, с целью коррекции синдрома желчной гипертензии, проведены эндоскопические транспа-

пиллярные вмешательства. Проанализирована корреляционная связь клинических проявлений острого панкреатита с динамикой изменений лабораторных и гемодинамических показателей.

**Результаты.** В результате многофакторного анализа выявлена прямая корреляционная связь динамики физикальных и лабораторных показателей с клиникой острого панкреатита, выраженная формулой «индекса панкреатита». В ходе послеоперационного периода



перационного обследования определяется «индекс панкреатита» (ИП) с учетом динамики четырех показателей: частоты пульса, лабораторных показателей амилазы крови и количества лейкоцитов, степени выраженности болевого синдрома. С этой целью используют формулу (приоритет на изобретение №2011109640 от 16.03.11):  $ИП = ((A_p / A_n) \cdot (PS_1/PS_0) \cdot (L_1/L_0) \cdot (KB + 1))/4$ , где:  $A_p$  — значения амилазы крови пациента;  $A_n$  — максимальные значения амилазы крови в норме;  $PS_0$  — среднее значение пульса пациента до ЭТПВ;  $PS_1$  — среднее значение пульса после ЭТПВ;  $L_0$  — количество лейкоцитов крови до ЭТПВ;  $L_1$  — количество лейкоцитов крови после ЭТПВ.  $KB$  — «коэффициент боли», оценивается в баллах: 0 баллов — боль в животе отсутствует в покое и при пальпации; 1 балл — имеется боль в животе при пальпации, отсутствует в покое; 2 балла — имеется боль в животе в покое, усиливается при пальпации; 3 балла — наряду с болевым синдромом, имеются положительные перитонеаль-

ные симптомы. Показатель  $ИП \geq 1$  через 6...12 часов после ЭТПВ указывает на начало развития острого послеоперационного панкреатита, и в этом случае проводится интенсивная противопанкреатическая терапия.

Вычисление ИП проводится каждые 24 часа с целью оценки динамики процесса (изменение ИП в сторону увеличения говорит о неадекватной противопанкреатической терапии и прогрессировании процесса).

При транзиторной гиперамилаземии показатель ИП всегда меньше 1,0.

**Заключение.** Показатель ИП помогает диагностировать острый панкреатит в ранней стадии, дифференцировать транзиторную гиперамилаземию от острого послеоперационного панкреатита. Динамика индекса служит критерием эффективности проводимой противопанкреатической терапии. ИП является объективным количественным показателем, то есть позволяет судить о наличии или отсутствии острого панкреатита.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ТРАНСПУПЛОЧНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.

Уханов А.П., Игнатьев А.И., Хачатрян Г.Б., Ковалев С.В., Имангазиев Г.М., Чахмахчев С.Р.,  
Уверткин Р.Ю., Чернышев С.А.

*Первая городская клиническая больница, Великий Новгород, Россия*

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью и острым холециститом за счет использования единого лапароскопического доступа.

**Материалы и методы.** Использование единого транспуплочного лапароскопического доступа с использованием порта SILS Covidien применено в лечении 103 больных желчнокаменной болезнью и острым холециститом в период с августа 2010 по март 2011 года. Через данный порт вводили в брюшную полость 2 металлических 10 мм троакара и 1 низкопрофильный 5 мм троакар. Использовали стандартные лапароскопические инструменты и 10 мм клипатор со средне-большими клипсами. Женщин было 89, мужчин — 14. Возраст больных варьировал в пределах от 22 до 88 лет, в том числе до 60 лет было 58 больных (56,3%). Во время операции у 45 больных (43,7%) обнаружено обострение хронического холецистита у — 38 (36,9%) — флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря, у 19 (18,4%) больных гангренозный холецистит.

**Результаты.** Операция чисто транспуплочным доступом выполнена у 72 больных (69,9%).

Введение одного дополнительного троакара потребовалось у 7 больных (6,8%), двух дополнительных троакаров у 15 больных (14,6%). Переход на стандартную лапароскопическую холецистэктомию потребовался у 8 больных (7,8%). У одного больного (1,0%) выполнена конверсия на традиционный лапаротомный доступ.

Средняя длительность операции составила 58,0 мин, при этом у больных с обострением хронического холецистита она была 54,1 мин, у больных с флегмонозным холециститом — 60,1 мин и у больных с гангренозным холециститом — 69,1 мин. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 больных (4,9%), в том числе нагноение раны у 2 больных, серомы ран у 2 больных, желчеистечение у 1 больной.

С целью сравнения результатов лапароскопической холецистэктомии из единого доступа и стандартной лапароскопической холецистэктомии был проведен сравнительный анализ путем ретроспективной оценки историй болезни 236 больных, которым выполнена холецистэктомия обычным четырехтроакарным лапароскопическим доступом. Группы больных были сопоставимы по полу, воз-

расту, характеру поражения желчного пузыря. Сравнивались следующие показатели: продолжительность операции, количество осложнений, и летальных исходов, средний период пребывания больных в стационаре.

Проведенные исследования показали, что транспупочная лапароскопическая холецистэктомия статистически достоверно более продолжительна во времени, что объясняется известными трудностями ее выполнения, обусловленными отсутствием эффекта триангуляции и ограничением свободного пространства при манипуляции инструментами.

Однако в группе больных, которым была выполнена чреспупочная лапароскопическая холецистэктомия отмечено статистическое достоверное

снижение числа послеоперационных осложнений, летальности и сокращение периода пребывания больных в стационаре, что имеет большое медицинское и социально-экономическое значение.

**Выводы.** Лапароскопическая холецистэктомия из единого доступа является перспективным мининвазивным методом удаления желчного пузыря по поводу острого холецистита. Она особенно показана у людей ранее оперированных на органах брюшной полости и имеющих вентральную или пупочную грыжу, а также у больных с многочисленными и крупными конкрементами желчного пузыря, так как экстракция увеличенного, отечного, воспаленного желчного пузыря легко осуществима вместе с портом единого доступа.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СОСУДАХ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ

Фисенко Е.П., Гармаева С.В.

ГУ Российский научный центр им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Локальная деструкция колоректальных метастазов печени, в том числе радиочастотная абляция (РЧА), остается одним из важных составляющих лечения пациентов с колоректальными метастазами печени.

**Цель исследования.** Оценка изменений печеночной гемодинамики после РЧА колоректальных метастазов.

**Материалы и методы.** Выполнена оценка показателей скорости кровотока в воротной вене (ВВ) и в собственной печеночной артерии (СПА) с расчетом доплеровского потокового соотношения (ДПС) и доплеровского перфузионного индекса (ДПИ) у 27 пациентов до и после выполнения РЧА колоректальных метастазов в печени. Средний возраст больных составил  $58,6 \pm 2,8$  лет.

**Результаты.** После кратковременного повышения до  $89,87 \pm 11,8$  см/с максимальная скорость кровотока ( $V_{\max}$ ) в СПА нормализовалась спустя 3 месяца после выполнения полной деструкции (до  $50,2 \pm 6,1$  см/с). При неадекватной РЧА и при локальной опухолевой прогрессии отмечена тенденция к росту скоростных показателей в СПА, повышение значений ДПС и ДПИ.

Скорость кровотока в воротной вене до и после выполнения РЧА при динамическом наблюдении не превышала нормальные показатели и составляла  $21,4 \pm 1,2$  см/с.

**Выводы.** Изменения показателей печеночной гемодинамики могут быть применены в комплексной оценке состояния печени у пациентов при динамическом наблюдении после радиочастотной абляции колоректальных метастазов.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Фисенко Е.П., Ветшева Н.Н.

ГУ Российский научный центр им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Для выработки тактики ведения пациентов с опухолями головки поджелудочной железы необходимо на дооперационном этапе иметь представление о вовлечении в процесс мезентериальных сосудов, в первую очередь верхней брыжеечной вены.

**Цель исследования.** Выявление ультразвуковых критериев вовлечения в опухолевый процесс верхней брыжеечной вены при раке головки поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В анализ включены 52 пациента с направительным диагнозом — обра-

зование головки поджелудочной железы (мужчины — 43, женщины — 9). В ходе дообследования и оперативного лечения у 9 пациентов выявлен псевдотуморозный панкреатит, у 13 — кистозное образование (7 — псевдокиста, 2 — муцинозная цистаденома, 4 — внутрипротоковая цистаденокарцинома), у 28 — рак. Всем пациентам выполнено комплексное УЗИ: В-режим, цветное доплеровское картирование и спектральный анализ кровотока в опухолевых и во внепанкреатических сосудах, прилежащих к образованию.

**Результаты.** По данным В-режима опухолевая инвазия стенки вены сопровождалась, ее утолщением, появлением неровного внутреннего контура просвета сосуда, сужением его просвета, прерывистым контуром стенки. При этом диагностическая информативность метода была невелика: чувстви-

тельность составила 71%, специфичность — 91%, точность диагностики — 87%. Применение ультразвуковой доплерографии позволило получить дополнительный критерий перехода процесса на стенку верхней брыжеечной вены: в области прорастания стенки сосуда венозный кровоток приобрел пульсативный характер. Применение комплексного УЗИ позволило повысить показатели чувствительности до 91%, специфичности до 97%, точности диагностики до 94%.

**Выводы.** Применение ультразвуковой доплерографии у пациентов с раком головки поджелудочной железы позволяет получить дополнительные критерии для оценки вовлечения в опухолевый процесс верхней брыжеечной вены и повысить показатели диагностической информативности

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Анваров Х.Э., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Одним из наиболее тяжелых осложнений паразитарных заболеваний печени является вовлечение в патологический процесс желчных путей, которое встречается в 1,3-55% случаев (Нечитайло М.Е., 2001; Ветшев П.С., 2005; Назыров Ф.Г., 2005), летальность достигает 4,2-8,1%. Зачастую пациенты оперируются на высоте механической желтухи и печеночной недостаточности, что увеличивает послеоперационный период и повышает затраты на реабилитацию.

**Материалы и методы.** В Научном центре экстренной медицинской помощи наблюдались 462 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. Из них у 28 (6,1%) больных наблюдался прорыв кист в билиарное дерево. Возраст больных колебался в пределах от 22 до 62 лет, в среднем  $42,4 \pm 4,1$  лет. В исследуемой группе мужчин было 18 (64,3%), женщин — 10 (35,7%). У двоих больных (7,1%) в анамнезе отмечались ранее произведенные открытые оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени.

Стандартная диагностика включала общий осмотр, общеклинические и биохимические показатели крови. Ясность в постановку клинического диагноза вносили внедренные в ежедневную практику инструментальные методы исследования — УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого Ig G, имеющего специфичность до 95%.

Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки,

(в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. При этом в 20 (72%) случаях после ЭПСТ произведено удаление хитиновых оболочек и ликвидация механического блока. В дальнейшем этим пациентам была выполнена открытая операция. В 8 (28%) случаях попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом и разрешить механическую желтуху не удалось. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам в срочном порядке.

Хирургическая тактика была двухэтапной. На первом этапе путем применения малоинвазивных технологий стремились обеспечить декомпрессию билиарного тракта, снизить явления холангита. Вторым этапом была произведена эхинококкэктомия с различными модификациями ликвидации остаточной полости. Из подвергнутых оперативным вмешательствам больных с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути у 3 (11%) больных возникли ранние послеоперационные осложнения. Снижение билирубина практически до нормальных значений наблюдалось у пациентов с успешной ретроградной деблокадой уже к 6-7 суткам, в то время как у второй группы пациентов этот период равен 11-12 суткам. Послеоперационный период составил в среднем  $12,4 \pm 1,2$  дня у пациентов с успешной ретроградной деблокадой желчных путей и  $16 \pm 1,33$  дня у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха. При этом

период пребывания в отделении реанимации составил  $2,8 \pm 0,4$  и  $6,7 \pm 1,3$  дня соответственно.

**Выводы.** Предоперационное проведение у больных с подозрением на прорыв эхинококковой кисты печени в желчные пути и возникновением механической желтухи иммуноферментного анализа наряду с УЗИ и КТ позволяет подтвердить диагноз, а

двухэтапное хирургическое лечение с предварительным ретроградным исследованием желчных путей является не только высокоспецифичным диагностическим, но и лечебным методом, позволяющим устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшать риск послеоперационных осложнений

## НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНОГО СВИЩА

Хаджибаев А.М.<sup>1</sup>, Алиджанов Ф.Б.<sup>2</sup>, Ходжиев. Ф.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

По данным отечественной и зарубежной литературы в настоящее время отмечается прогрессирующий рост числа больных осложненными формами ЖКБ. Одним из последних является синдром Мириззи II типа характеризующимся формированием холецисто-билиарного свища (ХБС) с развитием механической желтухи и гнойного холангита. Частота ХБС у больных с различными формами ЖКБ по данным различных литературных авторов составляет от 2,7 до 5,0%, а летальность при этом достигает до 13,3%. Хирургические вмешательства у больных ЖКБ осложненных ХБС, относятся к разряду наиболее трудных в хирургии желчевыводящих путей. Это обусловлено тем, что при этом создается серьезная опасность возможного повреждения магистральных желчных протоков, в связи с имеющимися в них тяжелых морфологических изменений. Известны способы ликвидации ХБС, включающие в себя холецистэктомию с удалением камней и проведения пластики свищевого отверстия с помощью либо стенки шейки желчного пузыря (Гальперин Э.И. с соавт., 2006), либо лоскутом стенки желчного пузыря. Однако данные способы имеют существенные недостатки, так как при них дальнейшее дренирование холедоха осуществляется путем дополнительной холедохотомии и установления катетера Кера.

В раннем послеоперационном периоде у этих больных могут наблюдаться недостаточность швов холедохотомной раны с внутренним или наружным желчеистечением, а в отдаленные сроки формирование стриктуры холедоха с повторным образованием конкрементов.

Кроме того, при синдроме Мириззи 2-го типа в большинстве случаев общий желчный проток оказывается, расширен незначительно, что обуславливает возникновение технических затруднений при выполнении холедохотомии во время операции.

Учитывая, вышеприведенные данные для снижения послеоперационных осложнений и повы-

шения эффективности лечения нами предлагается новый хирургический способ лечения ХБС (заявка №IAP 2009 0116 от 27.04.2009 г.).

Способ осуществляется следующим образом: под интубационным наркозом, в положении больного на спине, производят верхне-срединную лапаротомию, выделяют желчный пузырь от окружающих тканей и сращений. Затем выполняют резекцию желчного пузыря с сохранением его задней стенки и формированием из нее лоскута для закрытия образованного дефекта в стенке общего желчного протока. Во время закрытия дефекта образуют канал, через который осуществляют дренирование общего желчного протока по типу Пиковского. Гемостаз по ходу операции.

Ложе желчного пузыря ушивают кетгутовыми швами. Брюшную полость дренируют трубкой оставленной в подпеченочном пространстве и выведенной наружу через контрапертурный разрез в правом подреберье. Лапаротомную рану ушивают послойно наглухо.

Отличительной чертой предлагаемого нового, усовершенствованного способа операции является то, что по ходу закрытия дефекта холедоха формируется канал, через который дренируют общий желчный проток по типу Пиковского. При этом отпадает необходимость в дополнительной холедохотомии и установления дренажа Кера.

Всего данный способ операции выполнен у 20 больных.

При этом специфические послеоперационные осложнения в виде несостоятельности швов гепатикохоледоха с развитием распространенного перитонита или наружного желчного свища, деформации и сужения последнего в послеоперационном периоде у этих больных были минимальными. Полученные данные совершенно очевидно являются свидетельством эффективности и адекватности коррекции ХБС разработанным нами новым, усовершенствованным хирургическим способом.



## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНЫМ СВИЩЕМ

Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Ходжиев Ф.Б..

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования является, анализ результатов лечения больных с холецисто-билиарным свищем (ХБС) для выбора метода адекватной коррекции данной патологии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 63 больных с ЖКБ, осложненной ХБС, пролеченных в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП, за период с 2001 по первое полугодие 2009 года. Мужчин было 14 (22,2%), женщин — 49 (77,7%). Средний возраст больных составил 59 лет. Всем больным при поступлении в клинику проводили обследование согласно лечебно-диагностическим стандартам службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан.

В связи с наличием явлений МЖ процесс их лечения на первом этапе начинали с выполнения эндоскопических диагностических и оперативных вмешательств. ЭРПХГ была выполнена 60 (95,2%) пациентам. Трём пациентам попытка канюлирования большого дуоденального сосочка (БДС) не увенчалась успехом. 57 (92,0%) больным с ХБС на фоне ЭРПХГ в последующем проводили ЭПСТ. Всем проведенным ЭПСТ больным была предпринята попытка литоэкстракции (ЛЭ). При этом ЛЭ удалась лишь у 9 (15,5%) больных после механической литотрипсии. У 31 (63,2%) больных попытка ЛЭ не увенчалась успехом, а у 17 (36,7%), не было проведено из-за несоответствия размеров ТОХ и конкремента. В связи с безуспешностью литоэкстракции у 9 (18,3%) больных вмешательство было завершено назобилиарным дренированием, а у 1 (2,1%) больного стентированием гепатикохоледаха.

Всего оперировано 58 больных. При этом, у 20 больных пластика свища сопровождалась с фор-

мированием пузырного протока по предложенной нами новой методике (заявка №IAP 2009 0116 от 27.04.2009 г.). Послеоперационные осложнения всего возникли у 26 (44,8%) больных. При этом послеоперационные осложнения неспецифического характера в виде нагноения послеоперационных ран и пневмонии у всех групп больных встречались практически с одинаковой частотой.

Что же касается специфического послеоперационного осложнения в виде несостоятельности швов гепатикохоледаха, то у больных с ушиванием и простой пластикой свища их было в 4 (7,7%) случаях. Во всех группах больных в связи с имеющимся гнойным холангитом у определенной части больных 6 (10,3%) наблюдалось развитие септического состояния. Данное осложнение представлялось основной причиной летальности во всех группах больных.

В отличие от этого, у больных с пластикой свища с формированием пузырного протока по предложенной нами методике подобных осложнений не было. Несомненно, это является свидетельством более высокой эффективности и адекватности хирургической коррекции ХБС предложенным новым методом по сравнению с традиционным.

**Выводы.** 1). Лечение больных ЖКБ, осложненной ХБС должно быть комплексным и начинаться с эндоскопических вмешательств на холедахе. 2). При неэффективности эндоскопических способов лечения больным показаны открытые хирургические вмешательства в срочном и отсроченном порядках. 3). Среди последних, операций выбора является пластика свища с формированием пузырного протока и дренированием общего желчного протока с области пластики через сформированный канал.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ПЕРИАМПУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Хаджибаев А.М., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Негативными моментами методов наружного дренирования желчевыводящих путей, применяемых при механической желтухе опухолевого генеза, является: потеря желчи и связанное с этим истощение больных, неудобства по уходу за дренажными

трубками, а также гигиенические и эстетические аспекты наружного отведения желчи. Поэтому в последнее время в лечении больных этой категории все чаще стали использоваться эндоскопические способы восстановления желчеоттока.

Целью исследования было изучение эффективности эндоскопического лечения механической желтухи опухолевого генеза.

**Материалы и методы.** Анализируются результаты лечения 156 больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, мужчин было 55 (35,3%), женщин — 101 (64,7%). Возраст пациентов составлял от 37 до 84 лет. Длительность желтухи составила от 7 до 50 дней. Причиной развития механической желтухи явились обструкция билиарных протоков злокачественной опухолью: БДС — 41, головки поджелудочной железы — 58, желчного пузыря — 19 и на уровне ворот печени — у 38 пациентов. Содержание билирубина в крови у пациентов составил от 74,0 — до 565,0 мкмоль/л (средний —  $186,4 \pm 15,82$  мкмоль/л).

**Результаты и их обсуждение.** Стентирование желчных протоков выполнено 156 больным. Следует отметить, что в 5 наблюдениях стент был установлен и без предварительно выполненной ЭПСТ при опухоли фатерова сосочка непосредственно через опухолевую ткань.

Осложнения после эндоскопических вмешательств, при опухолевой окклюзии желчных протоков отмечены у 12 (7,7%) больных. Кровотечение из области папиллотомии у 9 больных, которое было остановлено консервативно. У 3 пациентов произошла миграция стентов в желчный проток. Клинически это проявилось рецидивом желтухи и присоединением холангита и потребовал повторного стентирования.

У 134 (85,9%) пациентов стентирование желчных протоков явилось окончательным методом ле-

чения, так как эти больные отказались от радикальной операции. У остальных 22 больных после разрешения механической желтухи выполнены отсроченные хирургические вмешательства: у 5 радикальные в объеме панкреатодуоденальной резекции и у 17 паллиативные, заключающиеся в формировании билиодигестивного анастомоза.

Среди основных недостатков билиодуоденального стентирования в отдаленном периоде следует выделить рецидивы механической желтухи и иногда гнойного холангита вызванные окклюзией стента. При анализе результатов средний срок функционирования стентов без клинических проявлений их обтурации составил 3,5 месяцев (от 1 до 11 мес). При рецидиве желтухи и холангита осуществляли эндоскопическую санацию стента либо его замену в стационарных условиях. Летальность была у 4 пациентов из-за множественных холангиогенных абсцессов печени и прогрессирования полиорганной недостаточности.

Таким образом, эндоскопическое билиодуоденальное стентирование является эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарного тракта опухолевой этиологии. Этот метод декомпрессии, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в более благоприятных условиях, а у больных с высоким риском (пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию) билиодуоденальное стентирование может служить альтернативой паллиативному хирургическому лечению.

## ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТРИКТУРАХ ХОЛЕДОХА

Хаджибаев А.М., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Нами изучены результаты эндоскопического стентирования у 169 больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненным механической желтухой. Мужчин было 57 (33,8%), женщин — 112 (66,2%). Возраст пациентов составлял от 37 до 84 лет. Диагностика характера патологии основывалась на клинко-лабораторных данных, ультрасонографии, компьютерной томографии и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии. Содержание билирубина в крови у пациентов исследуемой группы составил от 74,0 до 565,0 мкмоль/л. При сонографии нами выявлено расширение внутри- и внепеченочных желчных путей у всех больных, в 65% случаях удалось визуализировать образования на уровне головки под-

желудочной железы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), на наш взгляд является наиболее информативным методом диагностики причин и уровня нарушения желчевыведения, который нами проводилась всем больным в первые сутки их поступления. Длительность желтухи составила от 7 до 50 дней. Причиной развития механической желтухи явились обструкция билиарных протоков злокачественной опухолью: большого дуоденального сосочка (БДС) — 44, головки поджелудочной железы — 68, желчного пузыря — 19 и на уровне ворот печени — у 38 пациентов. Указанные патологические процессы явились показанием для проведения малоинвазивных вмешательств, с целью декомпрессии билиарных протоков.

Стентирование желчных протоков выполнено 169 больным. Следует отметить, что в 5 наблюдениях стент был установлен и без предварительно выполненной ЭПСТ при опухоли Фатерова сосочка непосредственно через опухолевую ткань.

Осложнения после эндоскопических вмешательств, при опухолевой окклюзии желчных протоков отмечены у 12 (7,1%) больных. Кровотечение из области папиллотомии у 9 больных, которое было остановлено консервативно. У 3 пациентов произошла миграция стентов в желчный проток. Клинически это проявилось рецидивом желтухи и присоединением холангита и потребовал повторного стентирования.

У 147 (85,9%) пациентов стентирование желчных протоков явилось окончательным методом лечения, так как эти больные отказались от радикальной операции. У остальных 22 пациентов после разрешения механической желтухи выполнены отсроченные хирургические вмешательства: у 5 радикальные в объеме панкреатодуоденальной резекции и у 17 паллиативные, за-

ключавшиеся в формировании билиодигестивного анастомоза.

При анализе результатов средний срок функционирования стентов без клинических проявлений их обтурации составил 3,5 месяца (от 1 до 11 месяцев). При рецидиве желтухи и холангита осуществляли эндоскопическую санацию стента либо его замену в стационарных условиях. Летальность была у 4 пациентов из-за множественных холангиогенных абсцессов печени и прогрессирования полиорганной недостаточности.

Эндоскопическое билиодуоденальное стентирование является эффективным способом восстановления желчеоттока при опухолевых и рубцовых стенозах холедоха. Этот метод декомпрессии, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в более благоприятных условиях, а у больных с высоким риском (пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию) билиодуоденальное стентирование может служить альтернативной паллиативному хирургическому лечению.

## АВТОНОМНОСТЬ БИЛИАРНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Гончаров О.В., Тетерин Г.В., Терентьев В.А.

МБУЗ Городская клиническая больница № 11,

Новосибирский центр хирургии печени, заболеваний желчных путей и поджелудочной железы,  
Новосибирск, Россия

Увеличивается число пациентов с холедохолитиазом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литэстракцией обладает серьезным недостатком — нарушается автономность желчных путей. Это приводит к хроническому рефлюкс-холангиту с частыми манифестациями в виде гнойного поражения протоков и тяжелой гепатаргии.

**Цель исследования:** дать оценку методике хирургического лечения холедохолитиаза с сохранением автономности желчного дерева.

**Материалы и методы.** В центре с 2002 по 2010 гг. находилось на лечении 4749 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Оперировано из них 4501. Холедохолитиаз сопутствовал или был изолированным у 315 пациентов, что составило 6,63% всех случаев.

В применяемой тактике выделено 2 этапа: до 2005 г., когда широко использовались билиодигестивные анастомозы, после 2005 г., когда основным методом стала холецистэктомия из мини-доступа или лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с вмешательством на протоках путем холедохоскопии. На первом этапе прооперировано 105

больных с холедохолитиазом. Выполнено 29 билиодигестивных анастомозов, 45 ЭПСТ, 31 холедохолитотомия с дренированием по Керу, из них с холедохоскопией — 34. На втором этапе выполнено 210 пособий. Билиодигестивных анастомозов — 12. Остальные пациенты (198 человек) прооперированы из мини-доступа по М.И. Прудкову (157) и лапароскопически (41). Во всех случаях выполнена холедохоскопия, литэстракция. Использовался холедохоскоп фирмы «OLYMPUS» диаметром 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.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ В МИНИЛАПАРОТОМНОМ ДОСТУПЕ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Насырова С.Р., Суфияров И.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования:** изучить возможности и показания к применению фиброхоледохоскопии при операциях на желчных путях из минидоступа.

**Материалы и методы.** В ГКБ № 8 с 1995 года применяется при операциях на желчевыводящих путях интраоперационная фиброхоледохоскопия аппаратом фирмы «Olympus». За период с 1995 по 2010 гг. произведено 654 фиброхоледохоскопии во время оперативных вмешательств по поводу холедохолитиаза. Показаниями для проведения холедохоскопии являлись признаки гипертензии в желчных протоках выявленные при предоперационном обследовании больных (гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубин, повышение показателей щелочной фосфатазы, наличие желтухи, расширение внутрипеченочных протоков и холедоха больше 8 мм по данным УЗИ), а так же по данным визуального осмотра холедоха во время операции. Холедохоскопию начинали с ревизии дистального отдела холедоха и затем производили осмотр проксимальных отделов гепатобилиарной системы. Производили оценку фатерова соска: проходимость, наличие изменений слизистой, конкрементов, замазки. У 236 больных были выявлены конкременты в дистальном отделе холедоха, часть из которых располагались пристеночно, у 32 больных сочетание внутрипеченочного литиаза с конкрементами в холедохе и у 37 больных выявлен стеноз Фатерова соска без холедохолитиаза. Извлечение конкрементов производилось с помощью корзинок Дормиа. У 12 больных были выявлены стриктуры холедоха. В 25 случаях были проведены релапаротомии в виду оставшихся конкрементов в желчных путях. Обусловлено данное осложнение заносом током жидкости мелких конкрементов, осколков желчных камней в печеночные протоки, осмотр ко-

торых затруднен из-за их более мелкого калибра и непроходимости для фиброхоледохоскопа. В 22 случаях сложности извлечения конкрементов были связаны плотным прилежанием камней в холедохе по типу горошин в стручке, при нерасширенном холедохе обход конкрементов для литоэкстрактора не представлялся возможным. Часть камней было удалено методом «выдаивания» камней из общего желчного протока. Во всех случаях операции закончены наружным дренированием холедоха по Керу или Вишневскому.

**Обсуждение.** Течение послеоперационного периода характеризовалось отсутствием выраженного болевого синдрома, пареза кишечника, нарушением функции внешнего дыхания. Больные хорошо переносили подобную операцию. Активизировались в конце 1-х суток. Послеоперационный койко-день не превышал 6 суток. Дренаж холедоха как правило, удалялся на 10-14-е сутки после операции.

**Выводы.** В отличие от рентгеновских методов диагностики холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутрипеченочный литиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости дает возможность взять биопсию с непосредственно измененного участка. Одним из преимуществ фиброхоледохоскопии является возможность использовать ее не только с диагностической целью, но и с лечебной. Применение интраоперационной фиброхоледохоскопии при операциях на желчных путях является неотъемлемой частью оперативного лечения, позволяющая сократить объемы и время операции, качественно улучшить состояние больных в послеоперационном периоде.

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Агьямов Р.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Усовершенствовать тактику хирургического лечения больных с травматическими повреждениями печени.

**Материал и методы.** В исследование вошли 126 больных с проникающими колоторезанными

ранениями с повреждением печени. Женщин — 46 (36,5%), мужчин — 80 (63,5%). При поступлении больным проводится комплекс общеклинических методов исследования (лабораторные, рентгенологические и т.д.) которые



дополняются по показаниям диагностической лапароскопией.

**Результаты.** У большинства больных (98–77,%) были выявлены небольшие повреждения печени, поэтому мы придерживались следующей тактики. После наложения карбоксиперитонеума, тщательно осматривалось подпеченочное и поддиафрагмальное пространства, далее аспирировали излившуюся кровь вместе с перитонеальным экссудатом, если такой был. Если кровотечение не удавалось остановить с помощью электрокоагуляции, применялась аппликация гемостатического препарата «Тахокомб», гемостатическая губка. При наличии обширной и глубокой раны ложа, диффузной кровоточивости считаем целесообразным ушивание ложа интракорпоральными П-образными швами с подведением пряди большого сальника в рану ложа. Этим

мы достигаем тампонирования и перитонизации раны. П-образные швы накладываем кетгутом №3 на атравматической игле большого радиуса. Для наложения швов используем эпигастральный троакар. После наложения швов концы нитей выводим через троакар, под нити в рану проводим прядь сальника и фиксируем к складке брюшины в области края печени, производим затягивание узла по Родеру. Подобный способ был применен в 28 случаях при наличии глубокой раны ложа и неустойчивом гемостазе, и был достигнут гемостатический эффект. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

**Выводы.** При наличии квалифицированных хирургов, соответствующего инвентаря появилась возможность новой тактики лечения больных с травматическими разрывами печени с использованием лапароскопической аппаратуры.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Ибраев А.В.

Бакирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Целью исследования** было изучение результатов лечения больных с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью путем.

**Материал и методы.** В соответствии с целями и задачами исследования проведен анализ 1357 больных с острой кишечной непроходимостью находившихся на стационарном лечении в клиниках г. Уфы. В этой группе больных было 38 пациентов (2,8%) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью. Возраст больных был в пределах от 55 до 85 лет, средний возраст больных составил 64,2±5,3 года. Из 38 больных мужчин было — 7 (18,4%), женщин — 31 (81,6%). Инструментальные методы исследования включали эндоскопические, ультрасонографические, рентгенологические.

**Результаты.** У 33 пациентов оперативное вмешательство выполнено из срединного доступа, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. Доступ Кохера использован в 3 и параректальный доступ — в 2 наблюдениях. У одного больного оперативное вмешательство начато из доступа Волковича — Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию.

Желчный камень у 23 больных располагался в тощей кишке на расстоянии 10-15 см от связки Трейтца. Один конкремент, вызвавший гастроудоденальную непроходимость, был удален из желудка. В 14 наблюдениях обтурирующий конкремент располагался в подвздошной кишке. Размеры

желчного камня варьировали от 3×2 до 12×8 см. У одного пациента во время операции обнаружили 2 желчных камня, один из которых, большого размера, вызвал обтурацию тонкой кишки. В послеоперационном периоде произошла эвентрация, что потребовало релапаротомии. У другого больного на 21-е сутки после операции возникла повторная непроходимость, обусловленная другим желчным камнем, потребовавшая релапаротомии, в дальнейшем также развилась эвентрация.

Во всех наблюдениях тонкая кишка выше обтурации была раздута, гиперемирована, ниже — спаившаяся. Было характерным наличие плотного инфильтрата в правом подпеченочном пространстве, что делало невозможным какую-либо ревизию этой зоны у 5 больных. У остальных оперированных больных желчный пузырь не дифференцировался из-за спячного процесса в подпеченочном пространстве, что свидетельствовало о наличии соустья между желчным пузырем и просветом двенадцатиперстной кишки, а у одного — соустья с просветом тощей кишки.

Энтеротомия выше уровня непроходимости выполнена 26 пациентам, над конкрементом — 9 больным. Резекция тонкой кишки произведена 2, гастротомия с удалением желчного камня — 1 больному.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: нагноение раны было у 8 (21,0%) больных, эвентрация — у 2 (5,3%), несостоятельность межкишечного анастомоза — 1

(2,6%), поддиафрагмальный абсцесс — 2 (5,3%), межпечельный абсцесс — 1 (2,6%). В одном наблюдении в послеоперационном периоде возникла повторная обтурация тонкой кишки желчным камнем, потребовавшая релапаротомии. Умерли 10 (26,3%) больных. Причинами смерти явились тяжелая интоксикация, нарушение водно-электро-

литного баланса, не купирующийся перитонит, тяжелые сопутствующие заболевания.

**Выводы.** Желчнокаменная непроходимость кишечника имеет ряд специфических особенностей и характеризуется нетипичной клинической картиной, что обуславливает диагностические трудности и оперативное лечение в поздние сроки.

## ПРОФИЛАКТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

**Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А.**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Улучшить результаты экстренных операций, сопровождающихся формированием межкишечных и билиодигестивных анастомозов, путем укрепления линии шва соустья металлическим каркасом.

**Материалы и методы.** Результаты формирования межкишечных и билиодигестивных анастомозов с использованием металлического кольца изучены у 92 больных, в возрасте от 8 месяцев до 91 года (средний возраст  $47,8 \pm 4,6$  года). Половина оперированных — 53 (56,2%) пациентов — были лица трудоспособного, 1/3 — 28 (32,2%) — пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, причем почти все они имели сочетание нескольких заболеваний. Преобладали сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и болезни печени. Все больные, включенные в исследование, были оперированы в экстренном порядке. Вмешательство включало этап формирования межкишечных (75) или билиодигестивного (17) анастомозов. У 33 (31,0%) пациентов показанием к операции служили различные формы ургентной патологии толстой, у 13 (13,8%) — тонкой кишки; 23 (25,3%) больных были подвергнуты резекции кишки по поводу острой кишечной непроходимости, осложненной некрозом сегмента кишки, 6 (5,7%) — вследствие травматического повреждения кишки. С патологией гепатобилиарной зоны было 17 (19,5%) человек, из них опухоли головки поджелудочной железы были у 2, ПХЭС, ятрогенное повреждение холедоха — у 8, и киста холедоха, осложненная холангитом — у 7 больных.

Показания к резекции кишки окончательно определяли во время экстренной лапаротомии. Наличие тяжелого шока явилось основным противопоказанием к формированию первичного межкишечного анастомоза сразу же после резекции органа. Перитонит мы относили к категории относительных противопоказаний.

Проведены гидродинамические, морфологические (световая и сканирующая электронная микро-

скопия), клинические, лабораторные, функционально-диагностические, аналитические и статистические методы исследования.

**Результаты.** Тестирование межкишечных анастомозов на герметичность и прочность при стендовых испытаниях показало, что критические цифры наступления несостоятельности межкишечных анастомозов, наложенных традиционным способом не превышал 50 мм рт. ст., в то время как анастомозы с металлическим каркасом выдерживали давление 85-120 мм. рт. ст. При этом линия шва, находящаяся под металлическим каркасом, на фоне многократного повышения внутрибрюшного давления сохраняла свой исходный диаметр, анастомоз не подвергался растяжению и, соответственно, неизменным оставались расстояния между отдельными узловыми швами. В то же время зона анастомоза, сформированного традиционным способом, увеличивалась почти вдвое, расширялся, естественно, и промежуток между швами, через который просачивалось содержимое кишки. Из 92 больных, которым межкишечные и билиодигестивные анастомозы накладывались с использованием металлического каркаса, недостаточность швов анастомоза имело место только у одного (1,4%) больного, у которого фоновым сопутствующим заболеванием было апластическая анемия. В то же время, согласно данным клинических отчетов хирургических отделений РНЦЭМП за 2004-2009 гг., из 368 больных, подвергнутых резекции тонкой и/или толстой кишки, указанное осложнение имело место у 47 (12,8%).

Общая летальность составила 3,4% (умерли 3 больных).

**Выводы.** Использование металлического каркаса при формировании межкишечных и билиодигестивных анастомозов в два раза увеличивает устойчивость соустья к воздействию внутрипросветного давления, что значительно снижает риск недостаточности швов по механическим причинам.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Холматов П.К.

Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Улучшить диагностику и результаты лечения больных портальной гипертензией обусловленной пищеводно-желудочным кровотечением.

**Материалы и методы.** В клинике на протяжении последних двух лет наблюдается 19 больных с портальной гипертензией, которые поступили по экстренным показаниям с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Среди них было 12 мужчин и 7 женщин в возрасте от 19 до 69 лет. Длительность заболевания составило от 9 месяцев до 12 лет.

Основной причиной портальной гипертензии были цирроз печени — 15, тромбоз портальной и селезеночной вен — 2, врожденная атрезия воротной вены — 2. Цирроз печени в стадии декомпенсации имело место у 7 больных. Инструментальное обследование включало в себя проведение эзофагогастроскопии, УЗ-доплерографии, эндоскопической ультрасонографии, по необходимости спленопортографию.

**Результаты.** Дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием выявило проходимость воротную вену у 7 больных, при этом в 4 случаях ее диаметр был от 14 до 15 мм, а у остальных он колебался от 8,2 до 11,6 мм. По ходу селезеночной и воротной вены при ультразвуковом

исследовании определялись коллатеральные вены. Лечебные мероприятия, у всех больных включали установки зонда Блекмора — Сенстакина на высоте кровотечения, назначение гемостатических препаратов, сандостатина, склеротерапию и заместительных гемотрансфузий. После стабилизации состояния 4 больным выполнено мезентери-кокавальное шунтирование Н-ставкой протезом Goretex, 4 пациентам проведена эмболизация селезеночной артерии. Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода чужеродным Фибро-Вейн осуществлялось в 7 случаях. Эндолигирование варикозных вен после остановки кровотечения проведена 2 пациентам. От рецидивов кровотечения умерло в ближайшем послеоперационном периоде 2 (10,5%) больных. Одна пациентка после мезентери-кокавального шунтирования и 1 после эмболизации селезеночной артерии. Причиной смерти во всех случаях была печеночная недостаточность и рецидив кровотечения.

**Заключение.** Комплексный подход к лечению портальной гипертензии позволило в большинстве случаев добиться остановки кровотечения и стабилизации состояния больных. Индоскопическая ультрасонография осуществляет объективный контроль результатов как эндоскопического гемостаза, так и хирургического вмешательства

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Холматов П.К., Гульмуродов Т.Г.

Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Обоснование хирургической тактики при лечении и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты лечения 77 больных синдромом портальной гипертензии обусловленной циррозом печени. Средний возраст пациентов составил  $48,4 \pm 10,7$  лет. По шкале Child-Pugh больные распределились следующим образом: класс А — 21 (27,3%), класс В — 34 (44,1%), класс С — 22 (28,6%).

**Результаты.** В плановом порядке прооперировано 41 больной с синдромом портальной гипертензии (ПГ) с высоким риском кровотечения из них портокавальное шунтирование выполнено у 33 пациентов: мезентери-кокавальный анастомоз «Н»-типа с сосудистой вставкой протезом Goretex — 11, дистальный спленоренальный анастомоз — 8, и у 14 спленоренальный анастомоз «бок-в-бок».

Всем остальным 44 больным выполнена операция по методу М.Д. Падииора с прошиванием и лигированием всех варикозно-расширенных вен субкардии и дистального отрезка пищевода.

После операции М.Д. Пациора добиться полного исчезновения ВРВПЖ не удалось не в одном случае. Однако ни одного летального исхода после ВРВПЖ не было.

В раннем после операционном периоде в результате срыва компенсаторных механизмов печеночной функции в следствие редукции печеночного кровотока

умер 1 больной с циррозом печени которому выполнено наложение мезентериокаваального анастомоза.

**Заключение.** Успех лечения больных с циррозом печени осложненной портальной гипертензией зависит от рационального и своевременного выбора лечебной тактики а так же от глубины функциональной недостаточности печени.

## ВОЗМОЖНОСТИ ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хомутова Е.Ю., Филиппова Ю.Г.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»»,  
Омск, Россия

**Введение.** Несмотря на прогресс в области визуализации и методов обработки изображений, еще в большом проценте случаев, образования поджелудочной железы выявляются на поздней стадии, когда проведение хирургической резекции невозможно. Неинвазивные методы диагностики, позволяющие осуществлять раннюю диагностику, имеют неоценимое значение для улучшения результатов лечения. По данным ряда авторов диффузионно-взвешенная (ДВ) магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет обнаруживать аденокарциномы поджелудочной железы с высокой чувствительностью и специфичностью, поскольку опухоль всегда дает гиперинтенсивный сигнал по сравнению с остальной тканью железы. По нашему опыту, однако, в ряде случаев аденокарциномы не дают типичную диагностическую картину, что затрудняет визуализацию и своевременную диагностику онкологического заболевания.

**Цель исследования.** Описать возможную картину опухолей поджелудочной железы при ДВ МРТ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ исследований 20 пациентов (13 мужчин, 7 женщин, средний возраст 56,5 года, возрастной диапазон 38-75 лет). Всем была выполнена МРТ для оценки поражения поджелудочной железы в период с ноября 2010 по май 2011 года. Были выявлены опухоли размером от 10 до 98 мм (в среднем, 34,6 мм). По локализации опухоли были расположены в головке (n=8), теле (n=7) и хвосте (n=5) поджелудочной железы. МРТ выполнялась на базе Областной клинической больницы г. Омска на 1,5Т томографе Achieva фирмы Philips (Нидерланды). Использовались стандарт-

ные протоколы МРТ и ДВ МРТ. Внутривенное контрастирование не проводилось.

По интенсивности сигнала аденокарциномы поджелудочной железы были разделены на следующие типы: 1 тип — образования с четкими контурами, гиперинтенсивные по отношению к окружающим тканям поджелудочной железы; 2 тип — образования с гиперинтенсивным сигналом, но без четких границ; 3 тип — изоинтенсивные образования по отношению к ткани поджелудочной железы; 4 тип — гипоинтенсивные образования.

**Результаты.** У 9 пациентов из 80 (45%) аденокарцинома поджелудочной железы визуализировалась как образование с гиперинтенсивным сигналом (тип 1). 5 (25%) опухолей определялись как образования 2-го типа. В 4 (20%) случаях — 3-го типа и у 2 (10%) пациентов — 4-го типа. Образования со 2, 3 и 4 типом сигнала были локализованы преимущественно в головке или теле поджелудочной железы. У пациентов с негиперинтенсивным сигналом опухоли уровень амилазы в сыворотке крови был более 120 Ед/л. Таким образом, нетипичную визуализацию опухоли поджелудочной железы в ряде случаев можно объяснить развитием опухоль-ассоциированного панкреатита.

**Заключение.** Были получены возможные МР-признаки опухолей поджелудочной железы при ДВ МРТ. В 30% случаев аденокарциномы поджелудочной железы дают изо- или низкоинтенсивный сигнал при ДВ МРТ. Знание особенностей визуализации опухолей поджелудочной железы позволило точно и своевременно диагностировать патологические изменения.



## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: TIPS/ТИПС В СОЧЕТАНИИ С СЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ЛЕВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ВЕНЫ

Хоронько Ю.В., Поляк М.И., Дмитриев А.В., Дударев С.И., Саркисов А.Э

Ростовский медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования:** продемонстрировать эффективность трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (TIPS/ТИПС), дополненного при необходимости селективной эмболизацией левой желудочной вены (ЛЖВ) и ее ветвей, у больных с портальной гипертензией (ПГ) внутрипеченочного типа.

**Материалы и методы.** 107 пациентов подвергнуты операции TIPS/ТИПС по поводу осложненной ПГ цирротического генеза. Возраст — от 14 до 83 лет (в среднем  $47,8 \pm 5,4$ ). Доля вирус-ассоциированных циррозов составила 70,1% (75 больных); сочетание вирусного фактора с алкоголем — еще 13,1% (14 человек). По выраженности хронической печеночной недостаточности (ХПН), классифицированной по Чайлд-Пью, пациенты распределены так: класс А — 3 человека (2,8%), В — 48 (44,9%) и С — 56 (52,3%) больных. Варикозное расширение вен (ВРВ) вен пищевода и кардиального отдела желудка диагностировано у 106 из 107, а 74 больных (около 70%) поступили с острым или состоявшимся в недавнем анамнезе кровотечением из них. У 42-х операцию TIPS/ТИПС дополнили селективной эмболизацией ЛЖВ, выполненной через созданный шунт.

Проведен также ретроспективный анализ послеоперационного периода 44 больных, подвергшихся наложению сплено-рентального анастомоза (С-РА) в период 1997-2006 г.г.

**Результаты.** Послеоперационный период после TIPS/ТИПС, в отличие от такового после С-РА, протекал в большинстве наблюдений более гладко, без осложнений. Ранняя активность пациентов была обусловлена малоинвазивным эндоваскулярным характером вмешательства, а также выполнением его под местной анестезией, а не под общим наркозом. У больных, подвергшихся TIPS/ТИПС, зарегистрирован ряд осложнений.

Это были: ранение внутрипеченочного желчного протока, проявившееся гемобилией и контрастированием 12-перстной кишки без клинической манифестации (1 случай); пневмоторакс, потребовавший плевральной пункции (еще 1); внутрипеченочные гематомы, рассосавшиеся самопроизвольно (4). Тромбоз шунта в период наблюдения до четырех лет после операции произошел у 12 пациентов (11,2%), причем у 6 он проявился рецидивом кровотечения из ВРВ. Четверым из них выполнено ре-шунтирование. Еще у 6 тромбоз протекал бессимптомно и выявился лишь при плановом УЗИ. Заметим, что это были именно те случаи, когда TIPS/ТИПС был дополнен селективной эмболизацией ЛЖВ. Такое прогнозируемое после любой шунтирующей операции осложнение, как энцефалопатия, развилось в 15 (14,0%) случаях, причем у 14 (13,1%) человек она была невыраженной и ее удалось купировать медикаментозно. Лишь одному потребовались лечебные мероприятия в условиях стационара.

В группе оперированных путем наложения С-РА зарегистрировано более тяжелое течение послеоперационного периода, значительно более высокая 30-дневная летальность, составившая 11,4% (умерли 5 пациентов при явлениях прогрессирования печеночной недостаточности и гепато-рентального синдрома) в сравнении с летальностью в 1,9% после TIPS/ТИПС.

**Выводы.** 1. TIPS/ТИПС является эффективным способом хирургической коррекции ПГ внутрипеченочного типа у пациентов с осложненной ПГ и в сочетании с эндоскопическим лигированием кровоточащих ВРВ является операцией выбора у этой тяжелой категории больных; 2. У больных с кровотечениями из ВРВ пищевода и кардии операцию TIPS/ТИПС целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ.

## ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТО-СИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (TIPS/ТИПС) В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРАЦИЕЙ АЗИГО-ПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Хоронько Ю.В., Коробка В.Л., Шаповалов А.М., Данильчук О.Я., Саркисов А.Э.

Ростовский медицинский университет,

Областная клиническая больница №1, Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность и цель.** Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка является наиболее драматичным проявлением портальной гипертензии (ПГ), зачастую приводящим к смерти. Нередко даже применение интенсивных мероприятий, успешных при гастродуоденальных кровотечениях, не дает желаемого результата.

**Целью исследования** является разработка эффективного хирургического пособия у больных с варикозными кровотечениями портального генеза, сочетающего надежную остановку кровотечения и снижение давления в системе воротной вены. Данная цель может быть достигнута сочетанием трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (TIPS/ТИПС) с операцией азиго-портального разобщения.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 74 пациента, поступившие с острым или состоявшимся в недавнем анамнезе варикозным кровотечением, возникшим на фоне ПГ цирротического генеза. Более половины из них (39 человек) имели класс В и С хронической печеночной недостаточности, классифицированный по Чайлд-Пью. В соответствии со шкалой MELD, позволяющей оценить риск предстоящего вмешательства, преобладали больные с высокой (38) и очень высокой (4) степенью риска. Всем больным на фоне выполнения комплекса стандартных медикаментозных и эндоскопических (лигирование) мероприятий проведена операция TIPS/ТИПС. В 42 случаях создание внутрипеченочного порто-системного канала удалось дополнить селективной эмболизацией ствола и ветвей левой желудочной вены (ЛЖВ), ответственных за варикозную трансформацию, выполненной через созданный шунт. Еще 13 больным впоследствии была проведена операция азиго-портального разобщения по оригинальной методике (Коробка В.Л. и соавт.), защищенной Патентом РФ.

**Результаты.** Установлено, что в ряде случаев операция TIPS/ТИПС, позволяющая эффективно снизить ПГ, осложняется в послеоперационном периоде тромбозом шунта. Он произошел у 12 больных, причем в 6 случаях проявился рецидивом кровотечения, что потребовало проведения интенсивной лечебной программы и проведения ре-шунтирования. Нужно заметить, что у пациентов, которым TIPS/ТИПС был дополнен эмболизацией ЛЖВ, тромбоз шунта протекал бессимптомно. Из четверых больных, отнесенных к группе очень высокого риска, рассчитанной по MELD, 30-дневная летальность составила 50% (2 умерших), еще 2 умерли в течение полугода. Среди 38 пациентов группы высокого риска 30-дневной летальности не было, в течение полугода умерли 11 человек, на протяжении года — еще 2. Таким образом, годичная выживаемость составила 65,8%. В группах умеренного и низкого операционного риска через год после операции живы все больные.

13 больных подверглись операции азиго-портального разобщения. Разработанная и защищенная Патентом РФ методика предполагает реплантацию пищевода в область передней стенки желудка и создание арефлюксной кардии. В 12 случаях получен удовлетворительный клинический эффект, прослеженный на протяжении до 4х лет. Рецидивов кровотечения не отмечено. Умер один пациент.

**Выводы.** 1. Надежную профилактику рецидивов варикозного кровотечения цирротического генеза дает сочетание TIPS/ТИПС с операцией азиго-портального разобщения в нашей модификации. 2. Сочетание данных вмешательств целесообразно у пациентов с низкой и умеренной степенью риска, оцененной по шкале MELD, а также показано в тех случаях, когда операцию TIPS/ТИПС оказалось невозможным дополнить селективной эмболизацией ЛЖВ.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Царев М.И., Филиппов А.В., Рожков А.Г., Трунин И.В., Пархоменко С.А.

ФГУ «Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского», Красногорск, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности малоинвазивных методов лечения: масляной химиоэмболизации печеночных артерий (МХЭПА), криодеструкции, радиочастотной абляции, абляции этанолом в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень.

**Материалы и методы.** Проведено лечение 147 пациентам с нерезектабельными метастазами колоректальными метастазами в печень. Средний возраст 99 мужчин и 48 женщин составил 64±15,1 (34-83) лет. Первичной опухолью при метастатическом поражении был рак прямой кишки у 82 пациентов, рак ободочной кишки в 65 случаях. Синхронное поражение диагностировано в 36 случаях, метастатическое в 111 случаях. Все эти больные перенесли удаление первичной опухоли в период от 1 месяца до 4 лет, у них отсутствовали метастазы в другие органы. Также наличие опухоли подтверждено результатами гистологического исследования пункционного материала. МХЭПА выполнялась в 78 пациентам, 42 больным произведена криодеструкция, радиочастотная абляция выполнена 18 пациентам, в 9 случаях выполнялось выведение этанола. Химиоэмболизацию выполняли двухэтапно (подолевую) сверхжидким липиодол (Lipiodol Ultrafluid, Guerbet Lab.) с химиопрепаратом (доксорубицин у 62 пациентов, оксалиплатин — у 16). Больные получили от 1 до 5 курсов регионарной химиотерапии с периодичностью от 1 до 3 месяцев. Для радиочастотной абляции использовали комплекс «Метатом-2» ЭХВЧ-МТУСИ (Россия) чрескожным доступом под контролем УЗИ у 11 пациентов, при лапаротомии у 5 больных, лапароскопическим доступом в 2 случаях. Выполнено разрушение 37 очагов за 28 процедур. Криодеструкция выполнялась лапаротомным доступом с использованием установки ERBE CRYO 6 (Германия). Выполнено 28 химических абляций 96% этанолом под контролем сонографии.

**Результаты.** Эффективность проведенной терапии оценивали 1 раз в месяц по клиническим

проявлениям заболевания, результатам ультразвукового исследования, компьютерной томографии с болюсным контрастированием и магнитно-ядерной томографией. При проведении радиочастотной и химической абляции этанолом колоректальных метастазов в печень послеоперационных осложнений и летальности не было, а после криодеструкции с помощью криоустановки ERBE CRYO-6 они составили 10,5 и 1,7% соответственно. Проявления постабляционного синдрома были не выраженными и купированы в течение 1-3 сут консервативными мероприятиями. Осложнения после МХЭПА составили 9%, летальность — 1,3%, постэмболизационный синдром I-II степени развился в 98,8% случаев. Комплекс «Метатом-2» позволяет выполнять эффективную РЧА единичных или множественных метастазов колоректального рака диаметром до 3 см чрескожным, лапаро-скопическим, «открытым» методами. Показатели 1- и 2-летней выживаемости составили 81 и 53% соответственно. При использовании для криоабляции аппарата ERBE CRYO-6 границы зоны полного крионекроза располагаются в 1,5 см от криозонда. Показатели общей 1-, 3- и 5-летней выживаемости составили 81,3, 44,9 и 31,8% соответственно при медиане общей выживаемости 27,1 месяца. После МХЭПА у больных с колоректальными метастазами в печень полных некрозов опухоли не происходит. Частичный некроз опухолевой ткани с формированием фиброзной капсулы отмечали в 71% случаев. Медиана выживаемости составила 12 месяцев. Пятилетней выживаемости не было. Одно-, двух- и трехлетняя выживаемость составила соответственно 51; 11 и 6,5% в общей группе, и при использовании оксалиплатина 61; 16 и 8%.

**Заключение.** Малоинвазивные методы позволяют улучшить результаты комплексного лечения и качество жизни больных с нерезектабельным метастатическим поражением печени.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Черноусов А.Ф., Егоров А.В., Парнова В.А., Мусаев Г.Х., Фоминых Е.В., Гуревич Л.Е.

Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить алгоритм диагностического поиска и оптимальную тактику лечения нефункционирующих нейроэндокринных опухолей (ННЭО) поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** С 1996 по 2010 г.г. в клинике факультетской хирургии (КФХ) им. Н.Н. Бурденко находились на лечении 22 пациента с ННЭО. Средний возраст больных  $48,4 \pm 5,6$  лет. Злокачественный характер опухоли отмечен у 9 (41%) больных. У всех были отдаленные метастазы: в печень — в 8 наблюдениях, в легкие — в 2, в кости — у одной пациентки. У 4 выявили поражение региональных лимфатических узлов. Синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа диагностирован в 14% наблюдений. Средний размер новообразований составил 3,4 см (от 0,8 до 8,1 см).

Обследование включало изучение клинической картины, уровня хромогранина А и онкомаркеров крови. Для топической диагностики применяли: УЗИ, ЭндоУЗИ, МСКТ, сцинтиграфию соматостатиновых рецепторов (ССР) (3 больным). Пункционную биопсию опухолей поджелудочной железы и метастазов печени с последующим иммуногистохимическим исследованием (ИГХ) провели у 6 пациентов. Всех обследовали на предмет синдрома МЭН I типа.

Оперировано 12 (55%) пациентов. Характер выполненных хирургических вмешательств: дистальная резекция поджелудочной железы — 5, гастропанкреатодуоденальная резекция — 3, срединная резекция поджелудочной железы — 1, диагностическая лапаротомия — 2, также выполнено удаление метастаза ННЭО правого яичника. Двум пациентам с МЭН I типа произведена субтотальная паратиреоидэктомия.

В послеоперационном периоде у двух больных с метастазами в печень проводили регионарную химиоинфузию в общую печеночную артерию.

6 пациентам (трем после циторедуктивных операций) проводили биотерапию аналогами сомато-

статина (Октреотид-ДЕПО, Сандостатин-ЛАР в дозе 30 мг в 28 дней), в 2 случаях в сочетании с химиотерапией.

**Результаты.** В половине наблюдений опухоль была «случайной находкой», у остальных определялись неспецифические онкологические симптомы. У 11 больных дооперационный диагноз был подтвержден данными хромогранина А и онкомаркеров крови, а также инструментальных методов исследования. Диагностическая ценность пункционной биопсии с последующей ИГХ составила 84%. Чувствительность инструментальных методов исследования: УЗИ, КТ — 90%, ЭндоУЗИ — 86%, ССР — 75%, ИОУЗИ — 100%.

В 6 наблюдениях ННЭО был установлен после ИГХ опухоли у больных, оперированных с предварительным диагнозом протоковой аденокарциномы.

Рецидива заболевания после удаления доброкачественных опухолей не было. Пятилетняя переживаемость пациентов со злокачественными ННЭО после радикальных и циторедуктивных операций в сочетании с комплексной био- и химиотерапией составила 100% (без рецидивная — 80%). У неоперированных больных на фоне консервативной терапии отмечено значительное улучшение качества жизни. При динамическом наблюдении в шести случаях ННЭО диаметром до 2 см (сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет) — роста опухоли не было.

**Заключение.** Диагностический алгоритм у больных ННЭО должен основываться на изучении лабораторных данных (прежде всего хромогранина А), а также новейших методов топической диагностики. При размере опухоли до 2 см, возможно динамическое наблюдение. У остальных больных предпочтение следует отдавать хирургическим методам лечения. При нерезектабельности ННЭО или после циторедуктивных операций необходимо проведение био- и химиотерапии.



## КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Томаев Г.Г.

Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Введение.** Желчные и панкреатические свищи после различных операций на органах гепатопанкреатобилиарной области значительно усложняют послеоперационное течение, удлиняя сроки стационарного лечения и значительно ухудшая качество жизни больного. Нередко это осложнение требует повторных оперативных вмешательств как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

**Цель исследования** Улучшение результатов лечения больных с наружными и внутренними свищами при хирургическом лечении заболеваний печени и поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 90 пациентов с желчными свищами и 45 пациентов с панкреатическими свищами, возникшими после оперативных вмешательств на печени, желчных протоках и поджелудочной железе, находившихся в клинике в период с 1991 по 2010 г.г.

При выявлении в послеоперационном периоде желчных и панкреатических свищей лечение включало в себя, помимо комплексной консервативной терапии, чрескожные вмешательства под УЗ-контролем (дренирование скоплений жидкости) и, при необходимости, эндоскопические манипуляции (холедоходуоденостомия, цистогастростомия, назо-билиарное дренирование и пр.).

До 2005 г. с целью закрытия свищей были использованы различные склерозанты, а в последние годы преимущественно использовали фибриновый клей.

**Результаты.** Применение прочих склерозантов (этиловый спирт, липиодол, куриозин) не всегда позволяло добиться адекватного закрытия свищей и значительно удлиняло время стационарного лечения. Средняя продолжительность госпитализации больных с желчными свищами составила  $18,2 \pm 1,8$  дней; при панкреатических свищах —  $27 \pm 6,4$  дней. Введение в клиническую практику фибринового клея способствовало выраженному усилению репаративных процессов в области свищевого хода. При быстром росте молодой грануляционной ткани стенок свищевого хода происходило быстрое закрытие свища (в среднем 5-10 дней после начала аппликации фибринового клея). Средняя продолжительность госпитализации больных с желчными свищами составила  $10,3 \pm 2,1$  дней; при панкреатических свищах —  $18,3 \pm 3,4$  дней.

**Заключение.** Сравнительный анализ применения различных склерозантов и фибринового клея в закрытии желчных и панкреатических свищей показал значительную эффективность последнего, позволив во всех наблюдениях добиться окклюзии свищей в короткие сроки по сравнению с ранее применявшимися склерозантами.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мусаев Г.Х., Бекшоков А.С., Фатьянова А.С., Томаев Г.Г.

Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

При хирургическом лечении эхинококковых кист печени, в особенности солитарных и расположенных в глубине паренхимы органа, зачастую риск самой операции выше ожидаемого лечебного эффекта. Указанное обстоятельство послужило в последние годы основным стимулом к разработке щадящих, органосохраняющих методов лечения в хирургии эхинококкоза. В настоящее время в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ПМГМУ им. И.М. Сеченова накоплен достаточно большой опыт чрескожных вмешательств при эхинококкозе.

**Цель исследования:** снижение травматичности и улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени

**Материалы и методы.** С 1998 по 2010 г.г. по поводу эхинококкоза печени с применением малоинвазивных вмешательств излечено 288 больных. Размеры гидатидных кист составили  $86 \pm 12,5$  мм (от 35 до 220 мм). В 58 наблюдениях больные были излечены с применением чрескожной пункции и противопаразитарной обработки кисты, в 216 — чрескожной эхинококкэктомией под УЗ-контролем, в 14 наблюдениях предварительно была выполнена

чрескожная пункция с противопаразитарной обработкой кисты и в последующем лапароскопическая эхинококкэктомия. В качестве гермицида контактного действия для обработки кист использован водный раствор 80-100% глицерина.

**Результаты.** После проведения экспериментальных и патоморфологических исследований и внедрения глицерина в клиническую практику было установлено, что при малых размерах кист не всегда нужно стремиться к обязательному удалению хитиновой оболочки при определенных трудностях вмешательства, расширяя тем самым объем операции. Вполне допустимо оставление хитиновой оболочки в полости кисты при условии ее тщательной интраоперационной обработки и достаточной экспозиции гермицида.

Повторные пункции в связи с сохранением тенденции к росту остаточной полости потребовались у 6 пациентов из 48, излеченных чрескожными пункциями. Средний срок после операции составил  $3,8 \pm 1,3$  дней.

При чрескожной эхинококкэктомии у 67 из 216 больных в ближайшем послеоперационном периоде выявлены желчные свищи. В этих случаях выполняли закрытие свищей с применением склерозантов и фибринового клея, при необходимости — эн-

доскопическую холедоходуоденостомию. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила у больных с цистобилиарными свищами  $14,2 \pm 1,8$  дней, без свищей —  $6,2 \pm 1,2$  дней. Повторная госпитализация в связи с увеличением в размерах остаточной полости печени после эхинококкэктомии потребовалась 12 больным, причем в 9 наблюдениях достаточным оказалось выполнение пункций остаточной полости; у 3 больных с нагноением остаточной полости потребовалась установка дренажа. Рецидив заболевания в подкожной клетчатке в месте проведения инструмента отмечен в одном наблюдении (в начале освоения методики). Летальных исходов не было.

**Заключение.** При технической возможности сочетание однократной чрескожной пункции с обработкой кисты 80-100% глицерином с экспозицией гермицида не менее семи-восьми минут сокращает сроки и количество курсов противогельминтной терапии. При эхинококковых кистах более 50 мм в диаметре возможна и высокоэффективна чрескожная эхинококкэктомия. Миниинвазивные чрескожные вмешательства нецелесообразны при кальцинозе фиброзной капсулы; противопоказаны при прорыве кист в брюшную полость и множестве дочерних кист в просвете материнской кисты.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Карпова Р.В.

Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 30 больных циррозом печени. Цирроз класса А по Child-Pugh диагностирован у 8 пациентов, класс В — у 7 пациентов, класс С — у 15. Всем больным введен чрескожно аллоплант в ткань печени под контролем УЗИ. Оценку состояния проводили по данным УЗИ, клинико-лабораторным показателям, объективному состоянию и морфологическому исследованию ткани печени, до и после введения аллопланта в печень.

**Результаты.** Улучшение клинической картины после введения аллопланта наблюдали у 73,1% больных, ухудшение — у 15,4%. У 11,5% больных динамики клинической картины мы не отметили. Исследуя лабораторные показатели, мы выявили: улучшение показателей у 53,8% больных, ухудшение — у 19,3%. У 26,9% пациентов лабораторные показатели оставались прежними. При оценке результатов УЗИ улучшение было отме-

чено у 65,4% больных, ухудшение — 15,4%. У 19,2% больных циррозом класса С данные УЗИ и УЗДГ портальной системы оставались без динамики. Морфологическое подтверждение регенерации выявили у 61,6% больных. У 7,6% больных динамики морфологической картины не отметили. У 30,8% пациентов с циррозом С данных за регенерацию печени не получили.

Введение аллопланта в ткань печени под контролем УЗИ стимулирует регенерацию печени, восстанавливает объем органа, снижает портальную гипертензию, нормализует цитолиз у больных с циррозом класса А и В по Child-Pugh. У больных циррозом класса С аллоплант улучшает объективное состояние, снижает резистентность асцита к консервативной терапии, улучшает синтетическую функцию печени и продлевает жизнь больных преимущественно на 1 год. Данный вид малоинвазивного лечения цирроза печени имеет ряд преимуществ перед другими хирургическими методами

лечения. Он не требует эндотрахеального наркоза, малотравматичен, безопасен так как выполняется под контролем УЗИ, минуя протоковые и сосудистые структуры печени. Послеоперационный пе-

риод составляет два дня. Все это делает выбранный метод лечения перспективным в лечении диффузных заболеваний печени и безусловно требует дальнейшего изучения.

## СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

**Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Карпова Р.В.**

*Кафедра факультетской хирургии №1 Лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 20 больных циррозом печени. Цирроз класса А по Child-Pugh диагностирован у 6 пациентов, класс В — у 7 пациентов, класс С — у 7. Всем больным в ткань печени под контролем УЗИ чрескожно введен криопреципитат. Результаты лечения оценивали по данным УЗИ, клинико-лабораторным показателям, объективному состоянию и морфологическому исследованию ткани печени, до и после введения криопреципитата в печень. Так же исследовали иммунный статус пациента до и после введения криопреципитата.

**Результаты.** Улучшение клинической картины после введения криопреципитата наблюдали у 95% больных, у 5% больных динамики клинической картины мы не отметили. Исследуя, лабораторные показатели, мы выявили улучшение показателей у 85% больных. У 15% пациентов лабораторные показатели оставались прежними. При оценке результатов УЗИ улучшение было отмечено у 65,4% больных, ухудшений не наблюдали. У 34,6% больных циррозом класса С данные УЗИ и УЗДГ портальной системы оставались без динамики. Морфологическое подтверждение регенерации

выявили у 51,6% больных. У 7,6% больных динамики морфологической картины не отметили. У 40,8% пациентов с циррозом С данных за регенерацию печени не получили. Осложнений во время и после проведения малоинвазивной операции на печени под контролем УЗИ мы не наблюдали.

Введение криопреципитата в ткань печени под контролем УЗИ стимулирует регенерацию печени, снижает портальную гипертензию, нормализует цитолиз у больных с циррозом класса А и В по Child-Pugh. Криопреципитат обладает иммуномодулирующим действием, это особо важно при лечении больных с циррозом вирусной этиологии. У больных циррозом класса С криопреципитат улучшает объективное состояние, снижает резистентность асцита к консервативной терапии, улучшает синтетическую функцию печени. Данный вид малоинвазивного лечения цирроза печени имеет ряд преимуществ перед другими хирургическими методами лечения. Он не требует эндотрахеального наркоза, малотравматичен, безопасен так как выполняется под контролем УЗИ, минуя протоковые и сосудистые структуры печени. Данный метод лечения применим у больных с выраженной коагулопатией на фоне гиперспленизма.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

**Чернядьев С.А., Ушаков А.А.**

*Кафедра хирургических болезней лечебного факультета ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»,*

*МУ «Центральная городская клиническая больница №1 Октябрьского района», Екатеринбург, Россия.*

Острый гнойный холангит является наиболее тяжелым осложнением обструктивных заболеваний желчевыводящих путей. В 92% причиной возникновения гнойного холангита является холедохолитиаз. Лечение этой категории больных представляет значительные трудности, обусловленные наличием одновременно нескольких патологических процессов взаимно утяжеляющих друг друга: гнойного

воспаления желчных протоков, механической желтухи и деструктивного холецистита.

**Цель исследования:** оптимизация диагностики и лечения больных с холедохолитиазом, осложненным гнойным холангитом.

**Материал исследования.** Подведены итоги лечения 176 больных с острым гнойным холангитом (ОГХ) за период с января 2007 по декабрь 2010 г.

Были проанализированы 64 истории болезни пациентов оперированных в клинике в 2007–2008 гг. Среднее время от поступления до оперативного пособия составило 20,4 часа. Всем больным была выполнена санация холедоха из мини-лапаротомного доступа, завершенная наружным дренированием холедоха Т-образным дренажем. В послеоперационном периоде всем больным на 5-7 сутки выполнялась фистулография. Процент первичной санации холедоха составил — 65%. Летальность составила 9,3%. Неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных повлекли изменение тактики ведения больных с острым гнойным холангитом.

В 2009-2010 гг. в клинике оперировано 112 пациентов. В структуре пациентов у 35 — больных ОГХ и деструктивным холециститом (28 случаев — флегмонозный холецистит, 7 — гангренозный), 18 — с резидуальным холедохолитиазом. В 85% случаев выявлены клинические проявления ССВР при ОГХ, 9 пациентов (8%) поступили в состоянии септического шока. Благодаря активной

тактике время от поступления до оперативного пособия сократилось до 12,8 часов. 106 больным выполнена супрадуоденальная холедохотомия из мини-лапаротомного доступа с обязательной ИОХГ под С-дугой и фиброхоледохоскопией с санацией гепатикохоледоха. В 6 случаях выполнена РПХГс эндоскопической папилосфинктеротомией и санацией холедоха. У 85% больных санация гепатикохоледоха достигнута интраоперационно, что подтверждено фистулографией. Остальным 15% выполнена чрезфистульная санация гепатикохоледоха по срокам. Летальность составила 6, 25%. Во всех случаях причиной летального исхода явилось прогрессирование полиорганной недостаточности и/или рефрактерный септический шок.

**Заключение.** Применение «активной» тактики в лечении больных с острым гнойным холангитом позволяет улучшить результаты лечения больных. Использование фиброхоледохоскопии в сочетании интраоперационной холангиографией позволяет достичь полной первичной санации гепатикохоледоха в 85% случаев.

## МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Чуклин С.Н., Бигальский И.Ю.

*Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина*

Неудовлетворительные результаты лечения и высокий уровень летальности при тяжелых формах острого панкреатита (ОП) во многом определяются сложным и недостаточно изученным патогенезом, несвоевременным прогнозированием течения. Одна из особенностей ОП — способность быстро переходить от легкой формы к тяжелой, угрожающей жизни за счет выброса большого количества провоспалительных медиаторов и развитию синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), в значительной мере определяет тяжесть ОП. Тесно связаны с ССВО процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). Недостаточно изученным звеном острого панкреатита является оценка значимости активации процессов перекисного окисления липидов и недостаточности антиоксидантной системы.

**Цель исследования:** оценка возможности использования продукта перекисного окисления липидов малонового диальдегида (МДА) для прогнозирования тяжести течения острого панкреатита.

**Материалы и методы.** Уровень МДА определялся в динамике у 49 больных острым панкреатитом различной степени тяжести. Согласно современной классификации ОП у 24 больных диагностирован интерстициальный панкреатит (легкое

течение) и у 25 — некротизирующий (тяжелое течение). Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. Срок возникновения болевого синдрома у больных не превышал 48 часов до поступления в клинику. В исследование не включали пациентов с рецидивами заболевания. Все больные получали стандартную консервативную терапию, которая не включала специфическое антиоксидантное лечение. Исследования проводили на 1-е, 3-и и 7-е сутки для того, чтобы определить особенности ПОЛ в начале заболевания — в ферментативную стадию. Контрольную группу составил 21 здоровый волонтер. Концентрацию МДА в плазме крови определяли с помощью цветной реакции с тиобарбитуровой кислотой (ТБК).

**Результаты.** Отмечено, что уже при госпитализации у больных ОП, независимо от тяжести заболевания значительно повышен МДА, особенно при некротизирующем панкреатите. В первые сутки его концентрация в плазме крови превышала средние показатели доноров в 2,28 раза при легком ОП и в 2,89 раза при тяжелом ОП. К третьим суткам уровень МДА у больных ОП постепенно повышался и существенно превышал показатели нормы в среднем в 2,87 раза при интерстициаль-



ном панкреатите и в 3,4 раза при некротизирующем. К концу первой недели у больных легким ОП концентрация МДА возвращалась к показателям при госпитализации, тогда как при некротизирующем панкреатите уменьшилась значительно и на 7-е сутки не отличалась от показателей легкого течения.

Кривая ROC показала хорошую точность уровней МДА в плазме крови в первые 24 часа в дифференциации между легким и тяжелым острым панкреатитом и лучший пороговый уровень в 3,25 мкмоль/л. Чувствительность определе-

ния МДА для прогнозирования некротизирующего панкреатита в первые сутки составила 96%, а специфичность — 58%.

**Выводы.** Малоновый диальдегид может быть потенциальным маркером тяжести течения острого панкреатита, особенно в первые 24 часа после госпитализации. Использование порогового значения в 3,25 мкмоль/л МДА плазмы для выявления тяжелого ГП дает чувствительность и специфичность подобную различным скрининговым системам, но в гораздо более ранней стадии клинического течения.

## ПРОДУКТЫ ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Чуклин С.Н., Бигальский И.Ю., Гранат О.Б.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

**Введение.** В патогенезе острого панкреатита одну из ведущих ролей отводят оксидативному стрессу. Перекисное окисление липидов, окисление белков и повреждение ДНК являются ключевыми в этом процессе. Параметр АОРР — продукты окисления белков (АОРР, advanced oxidation protein products) отражает окислительное повреждение белков, наблюдаемое у пациентов при оксидативном стрессе. Измерение АОРР может быть использовано как надежный маркер для оценки степени окислительного повреждения белков у пациентов с острым панкреатитом и для прогноза возможной эффективности различных терапевтических стратегий, направленных на снижение оксидативного стресса.

**Материалы и методы.** Обследовано 53 больных острым панкреатитом и 14 здоровых донора. Согласно критериям Атланты (1992) у 28 пациентов диагностирован тяжелый острый панкреатит, у 25 — легкий. АОРР в плазме крови определяли иммуноферментным методом с использованием стандартных коммерческих наборов (Immunodiagnostik AG, ФРГ). Забор крови проводили при поступлении, на 3-й и 7-й день лечения. Во время исследования больные не получали анти-

оксидантной терапии. Статистическую обработку результатов проводили непараметрическим анализом, достоверность различий оценивали по U тесту Mann-Whitney.

**Результаты.** У больных легким острым панкреатитом уровень конечных продуктов окисления белков практически не отличался от показателей здоровых доноров во все сроки обследования. В то же время при тяжелом течении патологического процесса уже с первых суток концентрация АОРР более чем в три раза превышала нормальные показатели. Пиковые значения наблюдались в первые и третьи сутки, но оставались высокими и в конце первой недели пребывания больных в стационаре. Отмечена прямая корреляционная зависимость при некротическом панкреатите между уровнем АОРР и концентрацией глюкозы и С-реактивного белка.

**Выводы.** У больных острым панкреатитом, особенно при тяжелом течении, значительно интенсифицируются процессы оксидативного стресса. АОРР при этом можно рассматривать не только как маркер окислительного повреждения белков, но и как показатель тяжести заболевания, интенсивности воспаления и метаболических изменений.

## ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Павлов К.И.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования:** совершенствование методов диагностики и хирургического лечения ятрогенных по-

вреждений внепеченочных желчных протоков и их отдаленных последствий для улучшения результатов лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 278 больных с травматическими повреждениями желчных протоков и их отдаленными последствиями в виде стриктур, желчных свищей и лигатурного холедохолитиаза. Из них у 252 чел. травма произошла при открытой холецистэктомии, у 17 — при резекции желудка и у 9 — при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Для диагностики повреждений или рубцовых стриктур желчных протоков в клинике применялись УЗИ, фистулохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), компьютерная томография (КТ), фиброхолангиоскопия.

**Результаты.** Повреждение протоков во время операции требует обязательного их восстановления. Нами разработано и внедрено изобретение «Способ формирования билиодигестивного анастомоза при ятрогенном повреждении гепатикохоледоха» (патент Украины №18169 А от 1.07.1997 г.). Суть нового способа заключается в восстановлении целостности полуокружности поврежденного протока атравматичными иглами, отдельными узловыми швами, причем узелки должны быть расположены вне просвета протока. Переднюю стенку печеночного протока рассекаем продольно кверху и книзу длиной 2 см. Формируем гепатикодуоденоанастомоз «бок в бок» на временном погружном, резинном, перфорированном дренаже — каркасе длиной до 10 см. Способ применен у 17 пациентов без осложнений. У 37 человек, оперированных первично в других больницах, повреждение гепатикохоле-

доха во время операции осталось незамеченным. В таких случаях в раннем послеоперационном периоде нарастает обтурационная желтуха, развивается печеночная недостаточность, ограниченный или разлитой желчный перитонит. Здесь целесообразна тактика двухэтапного лечения. Сразу выполняется первый этап операции — наружное дренирование гепатикохоледоха. Для предупреждения ахолической болезни после операции в клинике разработано изобретение «Способ профилактики ахолической болезни» (А.с. №1512571 от 8.06.1989 г.). После наружного дренирования общего печеночного протока путем пункции антрального отдела желудка в полость желудка вводим микродренаж и продвигаем его в двенадцатиперстную кишку (ДК). Вторым концом этого дренажа через круглую связку печени и прокол передней брюшной стенки выводим наружу и фиксируем к коже. После операции во время приема пищи полученную желчь фильтруем, стерилизуем и вводим через микродренаж в ДК. Спустя 1,5-2 месяца больному выполняется радикальная реконструктивная операция. Для транспеченочного дренирования используем разработанные нами бужи-проводники различного диаметра, соответствующие диаметру протока. В последнее время отдаем предпочтение наложению анастомоза однорядным швом между левым или правым печеночным протоком и тонкой кишкой.

**Заключение.** При применении предложенных нами операций удалось снизить число послеоперационных осложнений с 13,8 до 8,2%. За последние 5 лет послеоперационная летальность снижена с 11,3 до 3,1%.

## ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шнейдер В.Э.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Травма поджелудочной железы (ПЖ) относится к наиболее тяжелым видам повреждения органов брюшной полости. Сопровождается высокой летальностью и большим количеством послеоперационных осложнений. Для определения тактики лечения пострадавших, необходимо учитывать тяжесть травмы и тяжесть состояния больного. За рубежом существует множество шкал для определения этих критериев, наиболее широко применяемые это ISS, RTS, APACHE, SAPS, TRISS и другие. В России также разработаны госпитальные системы оценок этих факторов. Одной из самых распространенных является шкала ВПХ, разработанная на кафедре военно-полевой хирургии ВМА, г. Санкт-Петербург (Е.К. Гуманенко, 1992).

В доступной литературе мы не нашли оценку степени тяжести травмы и состояния больного при повреждении ПЖ по шкалам ВПХ.

**Цель исследования:** оценить объективность определения степени тяжести травмы и состояния пациента при использовании шкал ВПХ при травме ПЖ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения больных с травмами ПЖ, находившихся на лечении в ОКБ №2 г. Тюмень с 2001 по 2006 год. Оценивали следующие показатели: демографические данные, механизм травмы, тяжесть травмы ПЖ по шкале AAST, наличие послеоперационных осложнений и летальность. Тяжесть повреждения определяли по шкале ВПХ-П, тяжесть состояния больных при посту-

плении по шкале ВПХ-СП и в послеоперационном периоде (ВПХ-СГ).

**Результаты.** За исследуемый период на лечении находилось 126 пациентов с травмами ПЖ. В основном преобладали пациенты мужского пола (82%), средний возраст составил  $34,5 \pm 1,2$  года. С закрытые повреждения поступило 80 (63,4%) человек с открытыми 36,6%. С 1-2 степенью тяжести повреждения ПЖ поступило 78,6% пострадавших, с повреждениями третьей степени — 9,5% больных, с четвертой степенью — 10,3%, а с пятой степенью было два пациента 1,6%.

В послеоперационном периоде умерло 44 (34,9%) пациента, причем 19 из них умерли в пер-

вые сутки от травматического шока. Осложнения (панкреатит, ферментативный перитонит, кровотечение, инфицированный панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, свищи) возникли у 98 пациентов, что составило 77,8%.

Для определения объективности оценки по шкалам ВПХ, был проведен расчет в четырех группах больных с различными исходами лечения (с осложнениями и без осложнений, с летальным исходом и выживших). При сравнительном анализе полученных данных была выявлена статистически достоверная разница по шкалам ВПХ у пациентов с благоприятными и неблагоприятными исходами (табл.).

Таблица

Результаты оценки тяжести состояния и травмы по шкалам ВПХ у выживших и умерших пострадавших с травмой ПЖ

Группы больных	Количество, N(%)	ВПХ-П, балл	ВПХ-СП, балл	ВПХ-СГ, балл
Выжившие	82 (65,1)	$8,2 \pm 0,9$	$22,5 \pm 0,4$	$25,2 \pm 0,6$
Умершие	44 (34,9)	$22,7 \pm 1,8$	$32,1 \pm 0,6$	$39,8 \pm 0,6$
Всего	126 (100)	$12,4 \pm 0,9$	$25,2 \pm 0,6$	$29,3 \pm 0,9$

Таким образом, шкалы ВПХ могут быть использованы для определения прогноза исхода лече-

ния у пострадавших с травмой ПЖ.

## ВЫБОР МЕТОДА ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕЕ ТОПОГРАФИИ, АНГИОАРХИТЕКТониКИ, ВОЗРАСТА ДОНОРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СЕГМЕНТАРНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Шраер Т.И., Тарасов А.Н.

ГОУ ВПО «Кемеровская Государственная медицинская академия», Кемерово, Россия

**Цель исследования:** выбор метода пересечения поджелудочной железы (ПЖ) с ее учетом анатомических особенностей артериального кровообращения для формирования сегментарного трансплантата в зависимости от типа телосложения донора.

**Материалы и методы.** Исследовали 52 трупа мужчин, методом сплошной выборки в возрасте от 18 до 65 лет, без признаков панкреатодуоденальных заболеваний в анамнезе. Изучали топографо-анатомические особенности без эвисцерации органов брюшной полости, затем с изъятием органов с окружающими их сосудами, жировой клетчаткой и мышечными тканями. Учитывали также общие антропометрические данные: рост, конституциональные особенности строения тела, вес трупов. После изъятия ПЖ определяли вес, размеры длины поперечника, два косых размера. Методами послойной анатомической препаровки тканей ПЖ после заполнения сосудов контрастными веществами,

определяли зоны кровоснабжения ПЖ по границам распространения красителей, на рентгеновских снимках в трех проекциях (прямой, боковой, косой), особенности хирургической техники субтотальной резекции головки ПЖ, лигируя поджелудочно-12-перстную артерию. Для достоверного установления морфологической пригодности трансплантата ПЖ, состояние его кровеносных сосудов непосредственно до пересадки проводили ангиографию на этапе промывания сосудов трансплантатов или перфузии его с целью консервации, определяли влияние характера оттока крови из трансплантата ПЖ в воротную вену или в системную кровь.

**Результаты.** Математический анализ типов распределения поджелудочных ветвей селезеночных сосудов показал, что влияние возраста донора на экстра и интрамуральные кровеносные сосуды ПЖ существенны: артериальные интенсивнее, чем венозные подвергаются изменению

инвалютивного характера. Процесс проявления увеличения и ригидности экстраорканных сосудов приводит, вероятно, к их удлинению, извитости, приобретению спиралевидной формы в значительной степени в артериях. Существенно снижалась разница между проксимальными и дистальными диаметрами артерий, что, в свою очередь не может не влиять на условия кровоснабжения ПЖ (изменяется угол конусности артерий). Параллельно с этим изменяются и интродоральные сосуды в сторону уменьшения их количества, вы-

раженности межсосудистых анастомозов, то есть объединяется сосудистая сеть органа, ухудшая его кровоснабжение, ухудшая вероятно функцию ПЖ. Статистические показатели данной работы свидетельствуют, что инвалютивные процессы с изменениями ангиоархитектоники ПЖ наиболее выражены до  $45,1 \pm 3,2$  лет.

**Заключение.** Минимальные тапографо-анатомические и сосудистые изменения патологического характера выявляли у доноров с нормостеническим типом телосложения.

## ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Шулешова А.Г., Брехов Е.И., Калинин В.В., Бордан Н.С., Коробов М.В.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Проанализировали результаты обследования и лечения 119 больных с доброкачественными новообразованиями большого дуоденального сосочка (БДС). Всем больным произведена дуоденоскопия, прицельная биопсия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Анализ результатов применения дуоденоскопии у больных с доброкачественными новообразованиями БДС показал, что у большинства (108 (90,8%) больных) из них можно выявить характерные изменения БДС уже при его прицельном осмотре: у 8 (6,7%) больных обнаружены явления папилломатоза устья сосочка, у 81 (68,1%) — одиночные опухолевидные образования, у 19 (16%) — множественные образования.

У 11 (9,2%) больных отмечено диффузное увеличение БДС в размерах, которое обусловлено наличием внутриампулярно расположенного доброкачественного новообразования и было обнаружено при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ).

Из 108 больных с опухолевидными образованиями БДС при гистологическом исследовании у 23 выявлены аденомы, у 85 — гиперпластические полипы.

Взятие биопсийного материала у 11 больных с внутриампулярным расположением опухоли производилось после выполнения ЭПСТ, с выявлением гиперпластических полипов.

При выполнении ЭРХПГ у больных с доброкачественными новообразованиями БДС контрастирование протоковых систем получено у 95 (79,9%) больных. У 24 (20,1%) больных контрастирования протоковых систем печени и поджелудочной желе-

зы получено не было. Холангиопанкреатограммы у этих больных получены после выполнения парциальной диагностической папиллосфинктеротомии. Рентгенологические признаки желчной гипертензии выявлены у 105 (88,2%) больных, у 87 (73,1%) — холедохолитиаз.

Эндоскопическое лечение проведено всем (119) больным. У 14 (11,8%) больных проведено эндоскопическое удаление полипа. У 105 (88,2%) больных в связи с осложненным течением заболевания (механической желтухи и холангита), наличия сопутствующего холедохолитиаза — произведено эндоскопическое удаление опухоли, ЭПСТ, механическая внутрипротоковая литотрипсия, механическая экстракция камней из общего желчного протока.

У 90 (85,7%) больных ЭПСТ в сочетании с другими эндоскопическими манипуляциями, привела к полному клиническому выздоровлению больных, ликвидировав как осложнения основного заболевания, так и сопутствующий холедохолитиаз.

У 6 (5,7%) больных ЭПСТ также оказала положительное влияние на течение основного заболевания, ликвидировав клинические проявления его осложнений, но не привела к полному эндоскопическому разрешению холедохолитиаза.

У 9 (8,6%) больных ЭПСТ не была эффективной, и потребовались дополнительные лечебные пособия.

Наличие осложнений отмечено у 6 (5,7%) больных в виде острого отечного панкреатита и кровотечения из разреза ампулы БДС.

Таким образом, данные прицельного осмотра сосочка, результаты гистологического исследования



опухоли наряду с результатами ЭРХПГ у больных с доброкачественными новообразованиями БДС имеют решающее значение в постановке полного клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения больных, в том числе и выборе метода лечения.

Методом лечения доброкачественных новообразований БДС с осложненным течением заболевания и сопутствующим холедохолитиазом является эндоскопическое удаление опухоли и ЭПСТ в сочетании с другими эндоскопическими манипуляциями.

## ТРАНЗИТОРНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ — ЭРХПГ ИЛИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ

Шулутко А.М., Агаджанов В.Г., Грязнов С.Е., Натрошвили А.Г., Насиров Ф.Н.

*Кафедра факультетской хирургии №2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

В период 2001-2011 гг. в хирургические отделения ГКБ №61 по неотложным показаниям поступил 131 пациент с осложненным течением желчно-каменной болезни (ЖКБ), из которых у 59 больных (45%) имела место клиническая картина холедохеальной колики.

В группу исследования вошли пациенты, с хроническим (49 пациентов) и острым (10 пациентов) холециститом с клинической картиной транзитного холедохолитиаза — холедохеальная (печеночная) колика с преходящей гипербилирубинемией и/или гиперамилаземией, гиперамилазурией. При динамическом УЗИ выявлялись признаки острого или хронического холецистита (калькулезного), кратковременной желчной гипертензии, косвенные признаки «легкого» панкреатита.

В этой группе больных формировались относительные показания к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), восстановлению адекватного желчеоттока и последующей малоинвазивной холецистэктомии. Альтернативой явилось сочетание динамической до- и интраоперационной ультразвуковой ревизии гепатикохоледоха и холецистэктомии. Анализ результатов лечения, в сравнении, и является предметом публикации.

Характеристика клинических наблюдений и основных методов исследования.

Из 131 пациента клиническая картина транзитного холедохолитиаза имела место у 59, что составило 45%. В 28 (47,5%) случаях пациенты пролечены консервативно, им не выполнялось никаких вмешательств. Средний возраст в этой группе составил 63,1 года, все больные имели тяжелую сопутствующую патологию. 31 (52,5%) пациент, в зависимости от метода до- и интраоперационного обследования внепеченочных желчных путей, был разделен на две группы.

Группа I (24): больные с калькулезным холециститом и клиникой транзитного холедохолитиаза. При поступлении типичная картина холедохеальной

колики, которая разрешалась на фоне консервативной терапии в течении суток.

При дуоденоскопии отмечались эндоскопические признаки пассажа конкремента («развальцованная» рапила, микротравмы, гиперемия слизистой). При ЭРХПГ желчной гипертензии нет. У 8 (33,3%) больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Манипуляции на большом дуоденальном сосочке (БДС) и гепатикохоледохе у 3 больных (12,5%) осложнились явлениями панкреатита. Это привело к необходимости терапии и отказу от холецистэктомии в настоящую госпитализацию.

Из этой группы 17 (70,8%) пациентам выполнена холецистэктомия. 7 (41,2%) больных оперировано лапароскопически, 7 (41,2%) больных из мини-доступа, 3 (17,6%) больным выполнена традиционная холецистэктомия.

Послеоперационных осложнений в этой группе больных не отмечено.

Группа II (7): больные с калькулезным холециститом, клиникой печеночной колики и транзитной желтухи.

В этой группе выполнялось динамическое ультразвуковое исследование, что включало в себя УЗИ при поступлении, в ходе консервативного лечения, перед операцией, интраоперационное УЗИ (ИОУЗИ) и исследование после операции.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Обсуждение. Транзитная желтуха, быстро проходящая желчная гипертензия и отсутствие конкрементов в гепатикохоледохе при динамическом исследовании (УЗИ), делают показания к ЭРХПГ весьма эфемерными. Риск развития острого панкреатита на фоне перенесенного эпизода билиарной гипертензии и вовсе делает отказ от ЭРХПГ весьма желательным. Динамическое УЗИ и ИОУЗИ позволило у 7 (22,6%) больных, не прибегая к ЭРХПГ, получить сопоставимые по информативности и резко превосходящие по безопасности результаты.

## МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННЫМ МЕТОДОМ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Кухта А.К., Шкурин Д.А.

ФГУ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

В последние десятилетия в связи с внедрением УЗИ, МСКТ, МРТ, увеличилась выявляемость очаговых образований печени, к которым относятся непаразитарные кисты. Для лечения этой патологии внедряются малоинвазивные методы.

**Цель исследования:** оценить эффективность лечения непаразитарных кист печени пункционно-аспирационным методом под УЗИ — контролем.

**Материалы и методы.** В отделении портальной гипертензии ФГУ «Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России» г. Омска в период с 2006 по 2010 гг. находились на стационарном лечении 104 пациента с непаразитарными кистами печени, из них 88 (84,7%) женщин и 16 (15,3%) мужчин. Диагноз непаразитарных кист печени во всех наблюдениях был поставлен на основании анамнестических и клинических данных, результатов УЗИ, МСКТ и серологического исследования на эхинококкоз (при кистах больших размеров). Критериями отбора пациентов стали единичные кисты размером от 3 до 7 см в диаметре, интрапаренхиматозная локализация кист, а так же поликистоз у возрастных пациентов с сопутствующей патологией. В возрасте 20-40 лет — 9 женщин; 40-60 лет — 6 мужчин и 39 женщин; 60-80 лет — 10 мужчин и 40 женщин. Всем пациентам проводилась пункция кист иглой диаметром 0,2 мм. под контролем линейного УЗ-датчика. Во всех случаях пункция кисты дополнялась склерозированием остаточной полости. В качестве склерозанта применялся 95% этиловый спирт в объеме 1/4 содержимого кисты. Экспозиция спирта составляла 5-10 минут.

**Результаты.** Семи пациентам с размерами кист 6-7 см в диаметре выполнено дренирование кист. Дренаж удаляли через 3 суток при отсутствии по нему отделяемого и через 7 суток при наличии до

100 мл суточного отделяемого мутного или опалесцирующего характера, иногда требовалось промывание дренажа для сохранения дренажной функции. У 4 больных введение спирта вызывала появление боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. У 3 больных болевой синдром купировался самостоятельно в течение ближайшего часа, у одной пациентки потребовалось введение анальгетиков и спазмолитиков. 97 (93,2%) пациентов были выписаны из стационара на четвертые сутки после пункции, контрольного УЗИ и лабораторных исследований. У пациентов с кистами 6—7 см в диаметре отмечалось сохранение остаточной полости с жидкостным компонентом объемом до 5 мл. После выписки, через 3 месяца проводился УЗИ-мониторинг. Добиться выздоровления путем однократного вмешательства удалось у 89,5% пациентов. У 11 (10,5%) пациентов при рецидивировании выполнялись повторные пункции: в 8 случаях оказалось достаточно двухкратной, в 2 случаях — трехкратной пункции для ликвидации кисты. В 1 случае у пациентки с поликистозом печени в возрасте 60 лет после безуспешного пункционно-аспирационного метода была произведена лапароскопическая абдоминализация множественных кист.

**Заключение.** Непаразитарные кисты печени чаще встречаются у женщин старше 40 лет. Применение пункционно-аспирационного метода полностью оправдано при интрапаренхиматозном расположении кист, у пациентов пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда другие виды лечения неосуществимы. Эффективность и безопасность пункционного метода лечения является альтернативой оперативному вмешательству. Метод является экономически выгодным, так как ведет к сокращению пребывания пациента в стационаре.

## ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С «ВЫСОКИМИ СТРИКТУРАМИ» ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.

ФГУ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

**Цели исследования.** Изучить результаты лечения больных с «высокими стриктурами» желчных протоков (ВСЖП) до и после применения лечебно-диагностического алгоритма. Улучшить результаты лечения больных с ВСЖП.

**Материалы и методы.** За периоды с 1997 по 2010 годы нами пролечено 139 больных с ВСЖП (сужения желчных протоков от места впадения пузырного протока в холедох и выше). Возраст пациентов варьировал в пределах от 17 до 81 го-

да. Мужчин было 54 человека, женщин — 85. ВСЖП была обусловлена раком проксимальных желчных протоков у 47 больных, постхолецистэктомическим синдромом со стриктурой гепатикохоледоха (гепатикоеюноанастомоза) — у 37 альвеококком — у 18, раком желчного пузыря — у 17, раком холедоха — у 6, раком поджелудочной железы — у 6, метастатическим раком — у 5 и т.д. Пациенты с мультилобарным поражением печени в исследование не включались. Большинству больных проводились 2-х или 3-х этапные радикальные, условно-радикальные или паллиативные оперативные вмешательства. Все больные были разделены на 2 группы: с 1997 по 2006 гг. ( $n=75$ ) и с 2007 по 2010 гг. ( $n=61$ ). Последняя группа получала лечение согласно разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму, который заключался в точном топическом диагнозе, предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) в зависимости от интенсивности желтухи, применении оригинальных устройств и способа транспеченочного дренирования. В обеих группах не отмечено статистически достоверных различий по полу. Медиана возраста в первой группе составила 57 и во второй — 58,5. У всех пациентов исследовали основные биохимические показатели (билирубин, печеночные пробы) до и после вмешательства, темпы снижения желтухи, средний послеоперационный койко-день, осложнения, больничную летальность.

**Результаты.** При анализе выявлено, что в первой группе летальность составила 18%, во второй — 11,5%. В первой группе билиарно-септические осложнения достигли 20%, во второй — 15%. Все они были устранены мало-инвазивными пункционными вмешательствами. Основную роль в развитии фатальных осложнений играет внутрипеченочный и внепеченочный стаз крови, возникающий при механической желтухе и усугубляющийся резекцией печени. Динамика снижения желтухи имела следующие тенденции: в первой группе, где преобладали вмешательства без предварительной декомпрессии, уровень билирубина за 14 сут. в среднем снижался на 48% от исходного, во второй группе, где при уровне билирубинемии более 100 мкмоль/л обязательно выполнялась ЧЧХС, отмечено снижение на 71% в те же сроки. Аналогично наблюдалось снижение активности трансаминаз, ГГТ, ЦФ, во второй группе более выраженное.

**Выводы.** У пациентов с ВСЖП при выполнении полостных операций на фоне «высокой» механической желтухи усугубляется гепатоцеллюлярная недостаточность, ухудшается дренирование системы желчных протоков, увеличивается количество осложнений и летальных исходов. Перед выполнением резекций печени и желчных протоков в подобной ситуации показан ряд лечебно-диагностических мероприятий согласно алгоритму, что позволяет эффективно снизить желтуху, провести оперативное вмешательство в благоприятный период, уменьшить количество осложнений и послеоперационную летальность.

## СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ

Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К., Красногоров Н.П.  
ФГУ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», Омск, Россия

**Цель исследования.** Изучить и сравнить различные способы оперативного лечения гемангиомы печени.

**Материалы и методы.** За период с 2006 по 2010 гг. оперировано 32 пациента с гемангиомами печени различной локализации, из них 29 (90,6%) женщин и 3 (9,4%) мужчин. Возраст большинства оперированных пациентов составил от 41 до 60 лет, преимущественная локализация — правая половина печени (VI, VII, VIII сегменты). Распределение пациентов по полу и возрасту оказалось следующим: в возрастной группе от 20 до 40 лет — 2 мужчин, 5 женщин; от 41 до 60 — 1 мужчина, 21 женщина; от 61 до 80 лет — 3 женщины. Диагноз гемангиомы во всех наблюдениях был поставлен на основании анамнестических, клинических данных,

результатов УЗИ, МСКТ с контрастированием. В 32% случаев для уточнения диагноза проводилась пункционная биопсия образования печени или лапароскопия. Критериями отбора пациентов для оперативных вмешательств служили размер, локализация гемангиомы, риск развития осложнений. Пациенты с гемангиомами размерами меньше 5 см и неосложненным течением не были оперированы.

**Результаты.** В исследуемой группе малые резекции (атипические, резекции-вылущения) выполнены 20 (62,5%) пациентам, экономные резекции (анатомические бисегментэктомии) произведены 6 (18,8%) пациентам, гемигепатэктомии проведены 4 (12,5%) пациентам. Одному пациенту выполнена криодеструкция гемангиомы, одному — аргонплазменная коагуляция гемангиомы. Оперативными

доступами в зависимости от локализации очагового новообразования служили верхне-срединная лапаротомия, доступы типа Рио-Бранко, Черни, Шпренгеля, Кохера, Федорова. Все оперативные вмешательства завершались дренированием брюшной полости, дренажи удалялись по мере прекращения экссудации по ним. Средняя кровопотеря при малых резекциях составила  $200 \pm 50$  мл, при экономных —  $470 \pm 35$  мл, при гемигепатэктомиях —  $895 \pm 22$  мл. При анализе биохимических показателей выявлены следующие особенности: при выполнении малых резекций увеличение уровня трансаминаз, ГГТ, билирубина и ЦФ было незначительным и нормализация показателей происходила в более ранние сроки (на  $4 \pm 3$  день), тогда как при бисегментэктомиях нормализация наступала на  $7 \pm 2$  день. При гемигепатэктомиях показатели возвращались к норме на  $10 \pm 3$  день послеоперационного периода. Средний послеоперационный койко-день при малых резекциях составил 12,6, при сегментарных и бисегментарных резекциях —

17, при гемигепатэктомии — 17,5. Средние сроки восстановления трудоспособности составили после малых и экономных резекций 5–6 недель, после гемигепатэктомий — 8–10 недель.

**Заключение.** Выполнение малых и экономных резекций в оперативном лечении гемангиом полностью оправдано вследствие минимальной травматизации печеночной ткани, низкой кровопотери, низкого риска развития печеночной недостаточности и осложнений в послеоперационном периоде. Применения экономных резекций обосновано также и с экономической точки зрения, поскольку сокращает пребывание пациентов в стационаре, минимизирует затраты на применяемые медикаменты, препараты крови, а также сокращает период временной нетрудоспособности. Гемигепатэктомия должна выполняться лишь при обширном многоузловом поражении, больших размерах опухоли либо технически сложной экономной резекции, сопряженной с риском высокой кровопотери и удлинением времени оперативного вмешательства.

## ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, СРАВНИВАЮЩЕЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С УЗКИМ И ШИРОКИМ ГЛАВНЫМ ПАНКРЕАТИЧЕСКИМ ПРОТОКОМ

Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р., Ляровский С.П., Королева А.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Перспективное исследование, сравнивающее пациентов с хроническим панкреатитом с узким и широким главным панкреатическим протоком (ГПП).

**Цель исследования.** Изучить результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом с узким и широким главным панкреатическим протоком.

**Материалы и методы.** Выполнено проспективное нерандомизированное исследование, в котором приняли участие 85 пациентов, которым выполнена операция Бегера и Бернская модификация операции Бегера. В зависимости от диаметра ГПП было выделено две группы пациентов: с протоком меньше 6 мм (ХПМП) — 50 (59%) пациентов и больше 6 мм (ХПШП) — 35 (41%). Изучали качество жизни (КЖ) (SF-36), болевой синдром (ВАШ), время операции, гемотрансфузию, послеоперационный койко-день, время в отделении реанимации.

**Результаты.** До операции по SF-36 и ВАШ статистически значимых различий между группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Средняя длительность оперативного вмешательства в группе с малым протоком составила 255 минут, в группе с широким

протоком — 272 мин. ( $p > 0,05$ ), гемотрансфузия 410 мл и 384 мл соответственно ( $p > 0,05$ ). Средняя длительность пребывания в стационаре в группе с малым протоком составила 19,5 дней, с широким — 21 день ( $p > 0,05$ ). Длительность пребывания в отделении реанимации составила 2,6 дня в обеих группах. Количество послеоперационных осложнений не отличалось ( $p > 0,05$ ). В отдаленном послеоперационном периоде в группе с малым протоком физический компонент здоровья составил 52 (46-55) балла, с широким протоком — 52,3 (50-55) балла ( $p > 0,05$ ). Психологический компонент здоровья в группе с малым протоком составил 46,4 (34-51), с широким — 46,2 (41-50) ( $p > 0,05$ ). Болевой синдром в группе с малым протоком составил 3 (1-5) балла, в группе с широким — 2 (0-4) ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы по Бегеру и Бернская модификация в равной степени обеспечивают хорошие непосредственные и отдаленные результаты у пациентов с ХП как при узком, так и при широким ГПП.



## ПРОСПЕКТИВНОЕ НЕРАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ БЕГЕРА В МОДИФИКАЦИИ КЛИНИКИ И БЕРНСКОГО ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ БЕГЕРА»

Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р., Лярский С.П., Королева А.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Проведено проспективное нерандомизированное исследование, сравнивающее результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы (операция Бегера в модификации клиники) и Бернской модификации операции Бегера.

**Материалы и методы.** Проспективное исследование пациентов с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Дан сравнительный анализ, включающий оценку каждого метода в отношении продолжительности операции, частоты послеоперационных осложнений, длительности госпитализации, качества жизни пациентов (опросник SF-36) и интенсивности болевого синдрома. Сроки наблюдения пациентов: 6-24 месяца.

**Результаты.** 82 пациента приняло участие в сравнительном исследовании операции Бегера в модификации клиники и Бернского варианта операции Бегера. Исследование проводилось в период 2008-2011 гг. Время операции было достоверно ниже при Бернском варианте операции Бегера (разница — 64 минуты,  $p < 0,05$ ). Объем интрао-

перационной гемотрансфузии при Бернском варианте также был достоверно ниже, чем при операции Бегера в модификации клиники (разница — 353 мл,  $p < 0,05$ ). Продолжительность лечения пациентов в отделении реанимации в послеоперационном периоде была достоверно короче после Бернского варианта операции Бегера (разница — 0,7 суток,  $p < 0,05$ ). Частота ранних послеоперационных осложнений составила в подгруппе операции Бегера в модификации клиники 28,2% (11 случаев), в подгруппе Бернского варианта операции Бегера — 32,5% (14 случаев). Качество жизни пациентов через 6-24 месяца после оперативного лечения достоверно в подгруппах не различалось. Экзокринная и эндокринная функции поджелудочной железы в обеих группах в отдаленном периоде сравнима.

**Заключение.** Дуоденумсохраняющие операции улучшают качество жизни за счет устранения боли и обструктивных осложнений ХП. Обе операции сопоставимы по отдаленным результатам и качеству жизни пациентов.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Эктов В.Н., Соколов А.Н.

ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница №1»,

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения патологических жидкостных образований верхнего этажа брюшной полости с помощью современных гибридных технологий.

**Материалы и методы.** В исследование включено 105 пациентов с патологическими жидкостными образованиями верхнего этажа брюшной полости. Основную группу составили 45 пациентов: с абсцессами печени (5 человек), панкреатогенными кистами и абсцессами (32), билотомами и нагноившимися гематомами (8) верхнего этажа брюшной полости, которым проводили лечение с помощью пунктирно-эндоскопического метода. Все полости имели большие размеры (более 7 см) и, как правило, сложную конфигурацию. Сущность метода за-

ключалась в следующем. На первом этапе хирургического вмешательства производили установку двух дренажей в гнойную полость с использованием инструментальных наборов фирмы «PBN Medical» (Дания) под контролем УЗИ (с конвексными и линейными мультисекторными датчиками, пункционными адаптерами). Затем выполняли санацию гнойной полости растворами антисептиков. После этого в гнойную полость вводили двухмиллиметровый троакар фирмы «Auto Suture» из набора минисайт. Через троакар вводили двухмиллиметровый эндоскоп и производили осмотр полости. Если с использованием жесткой оптики не удавалось достоверно осмотреть полость из-за сложной конфигурации, то через 5 мм порт осматривали полость

с использованием гибкого эндоскопа. На основании данных осмотра выполняли дополнительную санацию гнойной полости, удаляли патологические фрагменты из полости, производили коррекцию установки дренажей (проведение их в наиболее отлогие места полости). При выявлении полостей сложной конфигурации при необходимости устанавливали третий дренаж. В контрольной группе (60 больных) лечение проводили только под контролем УЗИ, без использования видеоэндоскопической техники. Нозологические и демографические характеристики пациентов основной и контрольной групп статистически значимых различий не имели. В обеих группах изучали динамику объема полостей и характера их содержимого, сроки удаления

дренажей и продолжительность пребывания в стационаре после дренирования.

**Результаты.** У больных основной группы сокращение размеров жидкостных образований и их микробная деконтаминация происходили быстрее, чем у пациентов контрольной группы, что позволило удалять дренажи в среднем на 3,4 дня раньше и выписывать больных из стационара на 1,5 дня раньше.

**Выводы.** Дополнительная эндоскопическая визуализация полости жидкостного образования позволяет повысить эффективность дренирующих оперативных вмешательств под контролем УЗИ при абсцессах и кистах больших размеров и сложной конфигурации, локализующихся в верхнем этаже брюшной полости.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОХОДИМОСТИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА И БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ

**Янгигаев З., Батиров Д.Ю., Шарипов З.К.**

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. Ургенч, Узбекистан*

**Введение.** В последние годы повсеместно растет число больных калькулезным холециститом, осложненным нарушениями проходимости терминального отдела холедоха (ТОХ) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). На сегодняшний день данная патология успешно лечится эндохирургическими методами: желчный пузырь удаляется путем лапароскопической холецистэктомии, а нарушения проходимости ТОХ и БСДПК корригируются эндоскопической папиллосфинктеромией (ПСТ) с санацией желчных протоков (удаление камней, промывание при холангитах, и т.д.). Однако, это не везде возможно и не всегда удается. Из-за этого в некоторых случаях приходится прибегать к традиционным методам лечения этих патологий, особенно, в неотложной хирургии и в общехирургических стационарах.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с калькулезным холециститом с нарушениями проходимости терминального отдела холедоха (ТОХ) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) путем совершенствования способов улучшения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения первично оперированных 102 больных калькулезным холециститом, осложненным нарушениями проходимости ТОХ и БСДПК. Больные были в возрасте от

34 до 77 лет. Мужчин обследовано 24 (23,53%), женщин — 78 (76,47%). Всем больным произведена холецистэктомия (ХЭК), из них, в 28 (27,45%) случаях с сочетанием цистикохоледохолитотомии, а в 74 (72,55%) случаях произведена супрадуоденальная холедохотомия с санацией желчных путей (удаление камней, промывание и т.д.). Цистикохоледохолитотомия в 18 (17,65%) случаях завершена с наружным дренированием холедоха по Пиковскому, в 10 (9,8%) случаях — с бужированием — баллоном дилатацией БСДПК. Супрадуоденальная холедохолитотомия в 32 (31,37%) случаях завершена с наложением компрессионного холедоходуоденоанастомоза (КХДА), с ПСТ — в 14 (13,73%) случаях, а также двойным внутренним дренированием (ДВД) ПСТ+ХДА — в 28 (27,45%) случаях (при стенозе БСДПК III степени). При этом ПСТ выполнено эндохоледохиальным путем.

**Результаты.** В послеоперационном периоде у 7 (6,86%) больных отмечено диастазурия, из них после бужирования (баллоном дилатации БСДПК) — у 4 больных, после наружного дренирования — у 1 больного и после ПСТ — у 2 больных. Признаки отечной формы панкреатита отмечены у 9 (8,82%) больных, из них после бужирования (баллоном дилатации БСДПК) — у 4 больных, после ПСТ — у 2 и после КХДА — у 3. Из других видов послеоперационных ослож-

нений непродолжительные желчеистечения из контрольного дренажа отмечены в 4-х случаях, из них после бужирования (баллоной дилатации БСДПК) — у 1 больного, а после КХДА — у 3. Желчеистечение прекратилось самостоятельно через 5-6 дней. Все эти больные после проведенного консервативного лечения полностью были оздоровлены.

**Заключение.** Традиционные методы хирургического лечения калькулезного холецистита, осложненного нарушением проходимости ТОХ и БСДПК все еще сопровождаются довольно высоким процентом послеоперационных осложнений, а это, в свою очередь, требует дальнейшего усовершенствования этих методов хирургического лечения.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Ярешко В.Г., Живица С.Г.**

*Кафедра хирургии с курсом гнойно-септической хирургии Запорожской медицинской академии  
последипломного образования, Запорожье, Украина*

Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы. В последние годы не претерпели существенных изменений виды оперативных вмешательств, которые имеются в арсенале хирургии, при чем как паллиативные, так и радикальные. На наш взгляд, среди перспективных методов воздействия на опухоль может быть радиочастотная термоабляция (РЧТА), которая получает все большее распространение при опухолях различной локализации и метастазах (например, печень, кости, молочная железа и др.). В отечественной литературе отсутствуют публикации, посвященные применению РЧТА при раке поджелудочной железы. В зарубежной литературе вопросы применения данного метода немногочисленны и основаны на опыте лечения небольших групп больных (8-30) с крайне противоречивыми заключениями и рекомендациями дальнейшего использования метода.

В Запорожском центре малоинвазивной билиарной хирургии с 2009 по 2010 гг. проведено 12 РЧТА при раке поджелудочной железы. Мужчин было 4, женщин — 8; возраст пациентов — от 54 до 73 лет. При локализации опухоли в теле и хвосте железы двум больным выполнены вмешательства транскутанно под контролем сонографа, еще двум больным при лапаротомии. У 8 пациентов при локализации опухоли в голове железы выполнена принципиально новая операция, разработанная в клинике. Суть операции состоит в резекции те-

ла железы на протяжении 5,0 см, РЧТА опухоли головки, с восстановительным этапом наложения панкреатоеюно и — холедохоеюноанастомозов на выключенной петле кишки по Ру.

На дооперационном этапе всем пациентам проведена трепан-биопсия опухоли под контролем сонографа с морфологической верификацией и гистохимическим исследованием биоптатов. Четырём больным (при терминальной стадии желтухи) одновременно с пункцией накладывалась наружная холангиостома. Радиочастотная термоабляция проводилась аппаратом Rita (RITA Medical Systems, США) электродами диаметром открытия до 5,0 см, при температуре 110°C и экспозицией 10 минут.

Из осложнений можно отметить развитие у одной пациентки частичной несостоятельности панкреатоеюноанастомоза. Летальных исходов после проведения РЧТА опухолей поджелудочной железы не было.

При ультразвуковом исследовании после РЧТА в ранние сроки послеоперационного периода у всех больных отмечены однотипные изменения сонографической картины опухоли: ее структура становилась неоднородной за счет появления очагов гипоехогенности, местами вплоть до анэхогенности. Прогрессирование роста опухоли, по данным УЗИ, отмечено в сроки 4-5 месяцев у двух пациентов. В сроки 6 и 8 месяцев умерло двое больных от основного заболевания. Остальные пациенты живы, в настоящее время наблюдаются.

## ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРЕННЕЙ РАДИОТЕРАПИИ (SIRT) В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Schlaak J.F.

Отделение гастроэнтерологии и гепатологии Университетского госпиталя г. Эссен, Эссен, Германия

**Актуальность.** Злокачественные опухоли печени занимают одно из ведущих мест по частоте встречаемости во всем мире. Единственными потенциально лечебными воздействиями при опухолях печени являются: резекция печени или ортотопическая трансплантация печени (ОТП). В частности, у больных гепатоцеллюлярным раком (ГЦР), только части пациентов может быть проведено такое лечение вследствие размера, распространения и локализации опухоли к моменту постановки диагноза. Пациентам, не подлежащим резекции или ОТП, возможно выполнение абляции опухолей. В течение последних лет стала развиваться селективная внутренняя радиотерапия (SIRT) с иттриумом — 90 для лечения опухолей печени.

**Результаты.** По нашим данным (проанализированы результаты лечения более, чем 500 пациентов), подтвержденных и данными из других центров, предполагается, что SIRT является эффективным лечебным воздействием, как в качестве первичного способа, так и в случаях, когда другие методы оказались не-

эффективны для многих гипervasкулярных опухолей печени. У пациентов с ГЦР соответствующих стадии В/С по Барселонской классификации рака печени (BCLC) была достигнута медиана выживаемости 16 месяцев по сравнению с 8/11 месяцами без/с терапией сорафенибом (в исследовании SHARP). Недавно SIRT с успехом использовали для снижения стадии ГЦР у больных, подлежащих ОТП.

Также SIRT можно совместно использовать с другим инвазивным и системным лечением. Кроме того, похожие данные об эффективности этого метода лечения были получены у пациентов с нейроэндокринными опухолями печени и метастазами. В общем, этот вид терапии хорошо переносится, а побочные эффекты чаще всего ограничены переходящей слабостью.

**Заключение.** SIRT хорошо переносимая и эффективная процедура для лечения гипervasкулярных опухолей печени и может использоваться в тех случаях, когда другие виды лечения оказались неэффективны.



## V. СЕКЦИЯ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

### ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРАМИ И ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Алиева Г.Р.

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

**Цель исследования** — изучить зависимость результатов хирургического лечения доброкачественных стриктур и ятрогенных повреждений от предоперационной декомпрессии желчных путей.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 60 пациентов с рубцовыми стриктурами и повреждениями внепеченочных желчных путей, оперированных в период с 2000 по 2009 гг. на базе НЦХ им. акад. М.А. Топчибашева и КБ №5 г. Баку. Из них у 24 (40%) пациентов состояние было осложнено механической желтухой. Изучали влияние предоперационного дренирования желчных путей на результаты хирургического лечения.

Пациентов разделили на две группы. I группа — 9 (37,5%) пациентов, которым в предоперационном периоде с целью декомпрессии провели наружное или внутреннее дренирование. II группа — 15 (62,5%) пациентов, которым предоперационное дренирование не проводили. В I группе 6 пациентам в предоперационном периоде провели чрескожное чреспеченочное дренирование ЖП, а 3 пациентам провели внутреннее дренирование. Далее пациентам обеих групп проводили реконструктивные операции, как с каркасным дренированием ЖП (10 пациентов), так и без дренирования (14 пациентов).

**Результаты.** Среди пациентов, вошедших в группы сравнения, была проведена сравнитель-

ная оценка функционального состояния печени и некоторых показателей гомеостаза. Статистически достоверная разница имела лишь по некоторым показателям функционального состояния печени.

Несмотря на то, что в группах сравнения значимой разницы относительно интраоперационных показателей не было выявлено, в группе без предоперационного дренирования (II группа) были получены лучшие результаты. Среди этих показателей статистически достоверная разница ( $p=0,03$ ) намечалась лишь в длительности пребывания пациентов в стационаре. Так если в группе с предоперационным дренированием в среднем она составила 14 дней, то в группе без дренирования — меньше 8 дней.

У всех пациентов были проанализированы результаты хирургического лечения в зависимости от предоперационного дренирования. В раннем послеоперационном периоде холангит в группе с предоперационным дренированием встречался чаще 2 раз, чем в группе без дренирования ( $p=0,04$ ). Также, во II группе получили статистически достоверную разницу по развитию печеночно-почечной недостаточности ( $p=0,05$ ) и нагноению послеоперационной раны ( $p=0,05$ ).

**Выводы.** Основываясь на полученные результаты, можем с уверенностью сказать, что предоперационное дренирование ЖП оказывает отрицательное влияние на результаты хирургического лечения.

### КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ГЕНЕЗА

Анваров Х.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Одним из наиболее тяжелых осложнений паразитарных заболеваний печени является вовлечение в патологический процесс желчных путей, которое встречается в 1,3-5,5% случаев (Ничитайло

М.Е., 2001; Ветшев П.С., 2005; Назыров Ф.Г., 2005), летальность при этом достигает 4,2-8,1%. Зачастую пациенты оперируются на высоте механической желтухи и печеночной недостаточности,

что увеличивает послеоперационный период и повышает затраты на реабилитацию.

**Материалы и методы.** В Научном центре экстренной медицинской помощи наблюдали 462 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. Из них у 28 (6,1%) больных наблюдали прорыв кист в билиарное дерево. Возраст больных колебался в пределах от 22 до 62 лет, в среднем  $42,4 \pm 4,1$  лет. В исследуемой группе мужчин было 18 (64,3%), женщин — 10 (35,7%). У 2 (7,1%) больных в анамнезе отмечались ранее произведенные открытые оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени.

Стандартная диагностика включала общий осмотр, общеклинические и биохимические показатели крови. Ясность в постановку клинического диагноза вносили внедренные в ежедневную практику инструментальные методы исследования — УЗИ и КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого Ig G, имеющего специфичность до 95%.

Хирургическая тактика была двухэтапной. На первом этапе путем применения малоинвазивных технологий стремились обеспечить декомпрессию билиарного тракта, снизить явления холангита. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. При этом в 20 (72%) случаях после ЭПСТ произвели удаление хитиновых оболочек и ликвидацию механического блока. В дальнейшем этим пациентам выполнили открытое оперативное вмешательство. В 8 (28%) случа-

ях попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом и разрешить механическую желтуху не удалось. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам в срочном порядке.

Вторым этапом произвели эхинококкэктомию с различными модификациями ликвидации остаточной полости. Снижение билирубина практически до нормальных значений наблюдали у пациентов с успешной ретроградной деблокадой уже к 6-7 суткам, в то время как у пациентов, оперированных на высоте желтухи, этот период был равен 11-12 суткам. Послеоперационный период составил в среднем  $12,4 \pm 1,2$  дня у пациентов с успешной ретроградной деблокадой желчных путей и  $16 \pm 1,33$  дня у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха. При этом период пребывания в отделении реанимации составил  $2,8 \pm 0,4$  и  $6,7 \pm 1,3$  дня соответственно. Из подвергнутых оперативным вмешательствам больных с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути у 3 (11%) больных возникли ранние послеоперационные осложнения.

**Выводы.** Таким образом, предоперационное проведение у больных с подозрением на прорыв эхинококковой кисты печени в желчные пути и возникновением механической желтухи иммуноферментного анализа наряду с УЗИ и КТ позволяет подтвердить диагноз, а двухэтапное хирургическое лечение с предварительным ретроградным исследованием желчных путей является не только высокоспецифичным диагностическим, но и лечебным методом, позволяющим устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшать риск послеоперационных осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Аракелян С.М., Киров М.А.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,  
Киров, Россия

**Актуальность.** Рак желчного пузыря занимает пятое место в структуре всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. У 80-85% больных течение опухолевого процесса маскируется сопутствующей желчно-каменной болезнью. В ряде случаев это приводит к поздней диагностике заболевания, развитию осложнений в виде метастазов и механической желтухи и, как следствие, низкой резектабельности и неудовлетворительным отдаленным результатам хирургического лечения.

**Цель исследования.** На основании анализа эффективности неинвазивных и инвазивных методов обследования у больных со злокачественным поражением

желчного пузыря определить оптимальную последовательность проведения диагностического поиска.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии Кировской государственной медицинской академии в период с 2003 по 2010 гг. проанализировано 55 случаев морфологически верифицированного рака желчного пузыря: 39 женщин и 16 мужчин в возрасте от 45 до 80 лет.

**Результаты.** На догоспитальном этапе по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) рак желчного пузыря был заподозрен лишь у 9 (16,3%) больных. 29 (52,7%) больных поступили с диагнозом желчно-каменная болезнь (ЖКБ), 7

(12,7%) — с диагнозом рак желчных протоков, 5 (9,1%) — с диагнозом рак правой доли печени и 5 (9,1%) — полип желчного пузыря. В клинике после проведения неинвазивных методов обследования (УЗИ, КТ и МРТ) признаки злокачественного поражения ЖП были выявлены у 39 (70,9%) больных. При механической желтухе выполнялась ЭРХПГ у 7 (12,7%) больных и ЧЧХГ — у 25 (45,4%) больных. Инвазивные рентгенологические методы обследования не преследовали цели подтверждения диагноза, а были призваны определить лишь уровень обструкции билиарного тракта. Окончательным инструментальным методом обследования являлась диагностическая лапароскопия с биопсией. Показаниями для данного вмешательства являлась недостаточная информативность инструментальных методов обследования (УЗИ, КТ и МРТ), выявление объемного процесса желчного пузыря с вовлечением паренхимы печени, подозрение на канцероматоз. Диагностическая лапароскопия позволила подтвердить клинический диагноз,

уточнить распространенность опухолевого процесса, метастазирование опухоли и определить предварительный объем оперативного вмешательства у 5 (9,1%) больных.

Следует отметить 3 случая гипердиагностики рака желчного пузыря. Ее причиной послужили явления выраженного хронического гиперпластического воспаления стенки, полипы желчного пузыря, первичный склерозирующий холангит.

**Выводы.** Своевременная диагностика рака желчного пузыря в связи с частым сочетанием опухоли с ЖКБ весьма затруднительна. Более 80% больных оказываются неоперабельными. Наиболее достоверным неинвазивным способом диагностики рака желчного пузыря является компьютерная и магнитно-резонансная томография. Широкое использование в сомнительных случаях видеолапароскопического осмотра желчного пузыря в сочетании с биопсией позволяет уточнить диагноз, распространенность опухолевого процесса и определить дальнейшую хирургическую тактику

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Артыкбаев А.Ж.**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы, Казахстан*

**Цель исследования:** разработка наиболее рационального метода профилактики и лечения гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП).

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 235 больных ОДП различного возраста, пола, длительности заболевания, находившиеся в Центральной городской клинической больнице г. Алматы с 1998 по 2010 гг. Всех больных разделили на две группы: основная — 155 больных, контрольная — 80 больных. Обе группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии и причинам заболевания ( $p > 0,05$ ). В контрольной группе проводили традиционную активную хирургическую тактику в отношении ОДП. Основную группу составили пациенты, лечение которых, помимо открытых дренирующих операций, включало видеолапароскопию, а также подкожное введение саматулина (30 мг) и инфузии контролок (40 мг/сут).

Эмпирическая антибактериальная терапия включала в себя цефалоспорины III поколения (роцефин, фортум, мецеф) в сочетании с ципрофлоксацином и метронидазолом, а также монотерапию тиенамом или максипимом.

**Результаты.** Из 69 (44,8%) больных с развившимися осложнениями в основной группе кро-

вотечения из острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдали у 5 (3,2%) больных, острую сердечно-сосудистую недостаточность (ОССН) — у 5 (3,2%), синдром полиорганной недостаточности (СПОН) — у 4 (2,6%), перитонит — у 4 (2,6%), гнойные осложнения — у 22 (14,2%) больных. В контрольной группе СПОН встречали у 5 (6,2%) больных, перитонит — у 4 (5%), кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ — у 3 (3,7%), ОССН — у 3 (3,7%), гнойные осложнения — 19 (23,7%). Причинами смерти больных в основной группе были: панкреатогенный шок (5 больных), СПОН (7), гнойная интоксикация и истощение (7). В контрольной группе причинами смерти были: панкреатогенный шок (7 больных), СПОН (4), тромбоэмболия легочной артерии (1), гнойная интоксикация и истощение (8), аррозийные кровотечения (8), сердечно-легочная недостаточность (4), СПОН (5).

**Выводы.** Активная хирургическая тактика у больных с различными формами панкреонекроза с применением, помимо открытых дренирующих операций, видеолапароскопии, сандостатина и контролока позволила снизить число гнойных осложнений с 23,7% до 14,2%, общую летальность — с 47,5% до 18,7%, послеоперационную летальность — с 47,5% до 24,8%.

## ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Ахметов А.Д.

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования,  
Городская инфекционная больница №30, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Нарушение функции почек у пациентов с механической желтухой (МЖ) доброкачественного генеза встречается в 12,8-32% случаев (Гальперин Э.И. с соавт., 1978; Думпе Э.П. с соавт., 1984; Родионов В.В. с соавт., 1991), а летальность при развитии почечной недостаточности достигает 12-57% (Караман Н.В. с соавт., 1980; Amerio A. с соавт., 1981). Проблема эта известна среди хирургов, ведутся споры о терминологии содружественного поражения печеночной паренхимы и почек, однако, единых принципов лечения и профилактики этого осложнения нет. В большинстве случаев развитие почечной недостаточности при МЖ протекает скрыто: синтез мочевины в печени снижен, и изменение биохимических показателей наступает при развитии тяжелого нарушения функции почек.

**Целью исследования** явилось изучение клинических проявлений печечно-почечного синдрома у больных МЖ доброкачественного генеза.

**Материалы и методы.** Изучено течение МЖ доброкачественного генеза у 112 пациентов, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении инфекционной больницы Санкт-Петербурга №30 за период с 1998 по 2004 гг. Все больные поступили с подозрением на вирусный гепатит (ВГ). У 61 (50%) пациента выявлено сочетание МЖ доброкачественного генеза и хронического ВГ. 76 больным осуществили билиарную декомпрессию. У 36 (47%) больных, из числа оперированных, были выявлены признаки печечно-почечного синдрома различной степени проявления.

**Результаты.** В зависимости от степени выраженности печечно-почечной недостаточности сформировано 2 группы пациентов: с выраженной

печечно-почечной недостаточностью (группа 1) и с наименьшими признаками нарушения (группа 2). Необходимо отметить, что при поступлении в обе группы признаков печечно-почечного синдрома выявлено не было.

В группе 1 наибольшее снижение секреторной и экскреторной функции почек отмечено в 5-7 сутки после оперативного вмешательства. Преобладали признаки печеночной недостаточности на фоне олигоурии, протеинурии и повышения в плазме мочевины и креатинина в 1,5-2,7 раза. Разрешение почечной недостаточности не происходило до 14 суток после билиарной декомпрессии, что создавало угрозу перехода функциональной недостаточности почек в острую почечную недостаточность. В развитии выраженных нарушений функции выделительной системы существенная роль принадлежала острым воспалительным процессам (деструктивный холецистит, активные формы хронического ВГ, острый панкреатит, гнойный холангит). В этой группе наблюдали больных с сопутствующим ВГ (60%) из которых 83% — пациенты с активными формами ВГ.

В группе 2 снижение функции почек протекало в субклинической форме, существенного влияния на послеоперационный период по сравнению с группой 1 оно не оказывало. В данной группе было 15% пациентов с ХВГ.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что почечная недостаточность на фоне печеночной недостаточностью является одним из серьезных осложнений послеоперационного периода у пациентов с МЖ доброкачественного генеза. А выявление группы больных высокого риска позволяет проводить необходимую профилактическую терапию до развития необратимых изменений в канальцевом аппарате почек.

## ПРИМЕНЕНИЕ КРИОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Башарова У.В.

МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи Рязани,  
ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
Рязань, Россия

В последние годы успешно применяется метод криогенной деструкции тканей. Преимущественное

использование этого метода связано с непреодоленными трудностями ранней диагностики онколо-



гических больных, которые, как правило, обращаются впервые за медицинской помощью, будучи в неоперабельном или условно операбельном состоянии. Применение метода позволяет расширить рамки операбельности опухолей и улучшить течение послеоперационного периода путем достижения частичной или полной анальгезии у пациентов, подвергшихся криохирургическому лечению.

Первичное повреждение тканей связано с деформационным эффектом, возникающим в результате замораживания-оттаивания, в процессе которого возникает значительная дегидратация клеток и механическое повреждение клеточных мембран, в частности денатурация фосфолипидов, ведущая к осмотическому и термальному шоку, остановке кровообращения, что приводит к развитию некробиоза и некроза. При этом мелкие сосуды в очаге деструкции полностью тромбируются, а сосуды большого размера остаются интактными, и в них восстанавливается нормальное кровообращение. Впоследствии отек исчезает, очаг некроза подвергается резорбции и замещению соединительной тканью. Преимуществами данного метода является его доступность, простота использования, в то же время высокая точность, бескровность и безболезненность.

*Целью* работы является клиническая оценка эффективности криохирургического лечения объемных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В нашей клинике криохирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей поджелудочной железы проведено 10 больным (3 мужчинам и 7 женщинам). У всех больных опухоль была нерезектабельной, местнораспространенной, без инструментально и макроскопически определяемых метастазов и асцита. Криохирургическое лечение метастатических поражений печени выполнили 12

больным (4 мужчинам и 8 женщинам). У 7 больных из данной группы криохирургическое лечение метастатических поражений печени сочетали с выполнением панкреатодуоденальной резекции при первичной локализации опухоли в головке поджелудочной железы.

Для достижения оптимального результата криогенной деструкции была выбрана следующая методика. Криовоздействие на опухоль осуществляли с помощью аппарата «Крио-01 ЕЛАМЕД». Криогенное воздействие осуществляли прямым контактным способом путем наложения криоапликатора на переднюю поверхность опухоли, в ряде случаев с двух точек, что увеличивало уверенность в деструкции. Оттаивание ледяной сферы производили со скоростью 10-30° С в минуту от минимальной температуры до полного исчезновения льда.

При применении криохирургического метода летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Из особенностей течения послеоперационного периода необходимо отметить наличие серозно-геморрагического отделяемого по дренажам из области криовоздействия в течение 7-21 дня у 5 больных, подвергнутых криохирургическому лечению по поводу опухоли ПЖ. Криодеструкция опухоли сопровождалась заметным симптоматическим эффектом — снижением интенсивности болевого синдрома, в ряде случаев полной анальгезией.

Таким образом, метод криохирургического лечения объемных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны является относительно безопасным, клинически эффективным, способствующим достижению анальгезии и улучшению качества жизни больных в ближайшем послеоперационном периоде.

## РОЛЬ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Бигальский И.Ю.**

*Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина*

Окислительный стресс является важным фактором в патогенезе острого панкреатита. Значительная активация оксидативного стресса при остром панкреатите приводит к быстрому истощению факторов антиоксидантной системы, в частности аскорбиновой кислоты — одного из основных антиоксидантов плазмы крови.

*Целью* работы было определение концентрации аскорбиновой кислоты у больных острым панкреатитом в зависимости от тяжести и сроков заболевания.

*Материалы и методы.* Обследовано 30 больных острым панкреатитом (ОП) при поступлении в клинику и 18 здоровых лиц. Обе группы были сопоставимы по возрастным и половым признакам. Все пациенты, включенные в это исследование, поступили в клинику не позднее 24 часов от начала заболевания. Согласно критериям Atlanta (1992) у 13 больных диагностировали легкое течение ОП, у 17 — тяжелое. Определение витамина С проводили с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии. Все больные получали

стандартную консервативную терапию, которая не включала специфическое антиоксидантное лечения. Исследование проводили на 1-е, 3-и и 7-е сутки.

**Результаты.** Отмечено, что у больных острым панкреатитом уже при госпитализации наблюдается значительное уменьшение концентрации витамина С, независимо от тяжести заболевания. В течение первой недели происходило дальнейшее снижение концентрации аскорбиновой кислоты в организме больных. Однако, при интерстициальном панкреатите концентрация стабилизировалась и не уменьшалась после третьих суток пребывания в стационаре. Одновременно, у пациентов с некротизи-

рующим панкреатитом концентрация аскорбиновой кислоты уменьшилась в период до семи суток по сравнению с первыми сутками почти в 3 раза, по сравнению с третьими — в 1,4 раза.

Во все сроки наблюдения концентрация витамина С существенно отличалась у больных с легким и тяжелым панкреатитом — значительное угнетение определено при некротизирующем панкреатите.

**Выводы.** У больных острым панкреатитом, особенно при тяжелом течении, отмечено значительное снижение концентрации аскорбиновой кислоты в крови, что является основанием для применения ее высоких доз в комплексном лечении.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Вотьев И.В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия,  
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

**Целью исследования** было изучение резидуального холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

**Материалы и методы.** За последние 4 года в клинике оперированы 96 больных с холедохолитиазом, из которых у 64 больных были применены малоинвазивные методы лечения. Среди пациентов были 57 женщин и 16 мужчин в возрасте от 28 до 59 лет (23 человека были старше 60 лет). Длительность заболевания варьировала в пределах от 4 месяцев до 11 лет.

Инструментальные методы исследования применяли в такой последовательности: УЗИ, КТ, ФГДС, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная, чреспеченочная холангиография, а во время операции — интраоперационная холангиография, фиброхоледохоскопия. Сочетанное использование указанных методов позволило установить точный диагноз до операции в 98,1% случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3% больных были диагностированы такие осложнения желчнокаменной болезни, как стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) (24%), острый холецистит (28%), острый гнойный холангит (22%), острый панкреатит (26%), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Миризи был выявлен у 3,1% больных: 1-я форма синдрома в 2 случаях и 2-я форма — в 1 случае.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) позволяет удалить камни из желчных протоков. При этом вмешательстве сфинктер об-

щего желчного протока рассекается проводочным электродом, прикрепленным к катетеру. Мы выполнили в 46 случаях эндоскопическую папиллосфинктеротомию, в различных вариантах ее исполнения — больные поступали с клиникой механической желтухи и холангита. Канюляционным способом данное вмешательство выполнили в 87% случаев, неканюляционным — в 5%, а у 8% больных использовали комбинированную методику. В большинстве случаев (74%) декомпрессию холедоха провели одномоментно, в остальных случаях за 2 — 3 исследования.

Являясь сторонниками активной тактики удаления конкрементов, мы практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Дормиа (86%) или баллонного катетера (14%).

Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдали в 5% случаев, а летальность составила 0,5%. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию применяли для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98% и санации протоков 2%.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни встречается достаточно часто. Данное осложнение требует двухэтапного хирургического лечения с применением, в первую очередь, более щадящих и эффективных, а также, как показывает анализ, с минимальным процентом осложнений методов, таких как ЭПСТ с литоэкстракцией. Вторым этапом необходимо выполнять радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

## ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КАК ОДНО ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Гвоздик Т.П.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова,  
Бакирский государственный медицинский университет Росздрава, Уфа, Россия

**Цель:** определить роль развития печеночной недостаточности (ПечН) при определении показаний к повторным санирующим операциям при абдоминальном сепсисе (АС).

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 205 больных с АС. Печеночную недостаточность определяли при гипербилирубинемии выше 20 мкмоль/л, увеличении уровня трансаминаз в 2 раза и более от нормы в течение 2 дней. Из 205 больных с интраабдоминальной хирургической инфекцией (средний возраст — 41,25±15,07 год), находившихся в клинике с 2006 по 2010 гг., ПечН наблюдали у 92 пациентов. Для мониторинга течения ПечН использовали показатели, отражающие цитолиз (аланин- и аспартатаминотрансферазы), холестаза (общий билирубин, щелочная фосфатаза (ЩФ) и синтез (общий белок, триглицериды (ТГ)). Преобладали пациенты с инфицированным панкреонекрозом (30%), вторичным (61%) и третичным (9%) перитонитом различного генеза. Оценку степени тяжести состояния больных проводили по интегральным шкалам функциональных изменений (АРАСНЕ II) и органной дисфункции (SOFA). Для диагностики и мониторинга течения хирургической инфекции проводили определение уровня прокальцитонина (ПКТ) крови по количественным методом.

**Результаты.** ПечН встречается при тяжелом сепсисе в 45,6% случаев, септическом шоке —

в 31,2% (28,3% и 6,2% соответственно у пациентов без клиники ПечН). Пациенты с ПечН имели более высокие баллы по шкалам АРАСНЕ II (при сепсисе — 16,5±1,4 балла, тяжелом сепсисе — 21,3±2,1 балла и септическом шоке — 26,1±3,6) и SOFA (при сепсисе — 8,7±0,6 балла, тяжелом сепсисе — 10,1±0,5 балла и септическом шоке — 12,3±0,4), чем пациенты без клинической картины ПечН (по АРАСНЕ II: при сепсисе — 12,8±1,7 балла, тяжелом сепсисе — 18,4±2,7 балла и септическом шоке — 22,6±3,1; по SOFA: 7,4±0,5; 8,9±0,6; 10,8±0,4 соответственно). При проведении корреляционного анализа выявили значительную обратную взаимосвязь ( $R^2=0,93$ ) между уровнем ТГ и прямой — между уровнями билирубина ( $R^2=0,92$ ) и ЩФ ( $R^2=0,89$ ). При поступлении в клинику ПечН имели 22,8% ( $n=21$ ) больных. Ее дебют у 77,2% ( $n=71$ ) в стационаре совпал с ростом ПКТ выше 10 нг/мл (при исходных значениях от 2 до 10 нг/мл).

**Выводы.** ПечН чаще встречается при тяжелом сепсисе и септическом шоке. Более четко отражают динамику развития ПечН ТГ, общий билирубин и ЩФ. Для мониторинга и определения показаний к повторным операциям удобными показали себя прогностические шкалы АРАСНЕ II и SOFA, определение уровня ПКТ, и динамика развития ПечН.

## ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ С ВНУТРИТКАНЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОПЛАЗМЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПЕЧЕНЬ

Гречкин Ф.Н.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития  
России, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель.** Улучшить результаты лечения больных с нерезектабельными метастазами рака толстой кишки в печень путем применения комплексного лечения, включающего радиочастотную термоабляцию (РЧТА) с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные за 8 месяцев о 35 больных (19 женщин и 16 мужчины) нерезектабельным гистологически подтвержденным метастатическим поражени-

ем печени в возрасте от 32 до 71 года, ранее пролеченных комплексным методом по поводу рака толстой кишки ( $T_{3-4}N_{0-2}M_0$ ). Больные были разделены на основную группу (15 больных), которым проведена РЧТА с внутритканевой химиотерапией 5-фторурацилом на аутоплазме (по данной методике подана заявка на изобретение «Способ лечения метастазов в печень» приоритет от 8.12.2010 г.) и контрольную группу (20 больных), которым проводили только адъювант-

ную многокурсовую химиотерапию (оксалиплатин и 5-фторурацил). Оценку локального эффекта при РЧТА и наблюдение за больными проводили при помощи УЗИ и СРКТ. Через 4 недели после термоабляции больные обеих групп получали курсы аутогемохимиотерапии.

**Результаты.** В первые сутки после операции у всех больных отмечали болезненность в области пункции, температуру до  $37,7^{\circ}\text{C}$  в течение трех дней — у 9 (60%). У 1 (6,7%) больного после РЧТА образовался абсцесс печени. У 3 (20%) больных основной группы с исходными размерами метастазов менее 30 мм, после лечения при повторных УЗИ на 3 и 10 сутки зоны деструкции не визуализировали, а СРКТ выявила образования в зоне деструкции, не накапливающие контрастный препарат. Среди 21 метастаза размером менее 30 мм полная деструкция достигнута у всех больных, среди 11 метастазов размером от 30 до 50 мм — у 10 (91%) и из 4 метастазов размером более

50 мм — у 3 (75%) больных. Всего подвергнуто РЧТА 36 метастатических узлов, из которых в 34 (94,4%) выявлен полный некроз. За весь период наблюдения (8 месяцев) в основной группе выявлено прогрессирование заболевания у 1 (6,7%) больного, в контрольной группе за тот же период — у 8 (40%) больных. Период до прогрессирования в основной и контрольной группах составил 3 и 1 месяц соответственно.

**Выводы.** 1) Применение РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме при изолированном нерезектабельном метастатическом поражении печени рака толстой кишки позволяет увеличить безрецидивный период в основной группе до 3 месяцев по сравнению с 1 месяцем в контрольной группе и уменьшить частоту прогрессирования заболевания с 40% в контрольной группе до 6,7% в основной ( $p < 0,05$ ). 2) Наибольшая эффективность РЧТА отмечена при размерах метастазов в печень менее 3 см.

## ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ГЛУТОКСИМОМ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

**Дябкин Е.В., Дунаевская С.С.**

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

**Цель исследования.** Улучшение результатов послеоперационной терапии у больных механической желтухой на фоне холедохолитиаза.

**Материалы и методы.** В проведенном исследовании определяли показатели клеточного, гуморального звеньев иммунитета. Под наблюдением находилось 103 больных с механической желтухой. Оперативное вмешательство выполнено всем больным в различные сроки после поступления в стационар. Объем операции включал: лапаротомию, холедохолитотомию и дренирование холедоха. Больных разделили на 3 группы. Первую группу (32 больных) составили пациенты, получавшие в послеоперационном периоде традиционную интенсивную терапию. Во второй группе (37 больных), наряду с традиционным лечением, больные получали глютоксим 1% 1 мл, вводимый внутривенно. Больным третьей группы (34 больных) дополнительно к лечению вводили внутривенно глютоксим 1% 1 мл, предварительно инкубированный с 20 мл цельной аутокрови в течение 30 минут, один раз в день, курс терапии — 5 сеансов.

**Результаты.** У больных первой группы, на 5-е сутки после проводимого лечения сохранялись лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, лимфопения, Т-иммунодефицит легкой степени, снижение пока-

зателя иммунорегуляторного индекса за счет снижения Т-хелперов и возрастания Т-супрессоров, в гуморальном звене повышался показатель иммуноглобулина А. У больных второй группы отмечали лимфоцитоз и моноцитоз, но в отличие от больных первой группы, общее количество лейкоцитов приближалось к норме. Сохранялся Т-иммунодефицит легкой степени, но уровень лимфоцитов и иммунорегуляторный индекс возросли, за счет повышения уровня Т-хелперов и снижения Т-супрессоров. У больных третьей группы, показатели лейкограммы стремились к норме. Сохранялся незначительный Т-иммунодефицит, хотя показатели Т-хелперов возросли, соответственно показатели Т-супрессоров уменьшились, иммунорегуляторный индекс приближался к норме, гуморальное звено также находилось в пределах нормы.

**Выводы.** Предлагаемый метод лечения позволяет эффективно воздействовать на иммунную систему за счет создания в иммунокомпетентных клетках высокой концентрации иммунокорректора — глютоксима. В результате воздействия на обменные и энергетические процессы в клетках иммунной системы снижалась степень иммунодефицитного состояния при механической желтухе на фоне холедохолитиаза и соответственно повысилась эффективность лечения.



## СПОСОБ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА К ПЕЧЕНИ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПУТЯМ

Еськов И.М.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

В настоящее время предложено более 100 способов доступа при операциях на печени и внепеченочных желчных путях, каждый из которых имеет свои положительные и отрицательные моменты. Наиболее широко используется доступ типа «мерседес», отрицательным моментом которого является недостаточная мобилизация органа, высокая травматичность. В связи с этим, проблема выбора способа оперативного доступа остается актуальной.

Целью исследования является улучшение результатов лечения за счет разработки и внедрения нового операционного доступа.

Ключевым моментом предложенного доступа является лучшая анатомическая доступность органа во время операции, минимальная травматизация в связи с сохранением левой прямой мышцы живота и IX, X межреберных нервов, что позволяет существенно сократить время операции, заживления раны, уменьшить число послеоперационных осложнений.

Кожный разрез проводится от окологрудной линии слева (от середины расстояния между грудной и среднеключичной линией) на 5 см ниже реберной дуги и продолжается по дуге направленной вверх и вправо через точку, расположенную в верхней 1/3 средней линии живота между мечевидным отростком и пупком до правой парастеральной линии. Далее разрез направляется к хрящевой части X ребра, образуя дугу, направленную вниз и продолжается вдоль верхнего края X ребра до передней подмышечной линии.

Апоневроз пересекается в поперечном направлении. Обнажается правая прямая мышца живота и рассекается в поперечном направлении ближе к сухожильной перемычке, что позволяет сохранить иннервацию 1 и 2 сегмента и не нарушить иннер-

вацию 3-го сегмента. Перевязывают верхние надчревные артерию и вену.

Последовательно рассекают наружную, внутреннюю и поперечную мышцы живота, поперечную фасцию и брюшину до медиального края левой прямой мышцы живота. Затем пересекают круглую связку печени.

Далее получившийся доступ увеличиваем за счет томии хряща X ребра и межреберных мышц в IX межреберье до передней подмышечной линии, что позволяет уменьшить глубину операционной раны и увеличить угол операционного действия, что и отличает наш доступ от всех предложенных ранее.

Закрытие операционной раны производится послойно.

**Материалы и методы.** Объектом исследования является ретроспективный анализ 55 историй болезней больных с заболеваниями печени и внепеченочных желчных путей, за период с 2006 по 2011 гг. А так же результаты 30 прозекторских исследований предложенного способа доступа на трупном материале.

**Результаты** исследования показали, что объективные критерии оценки по Сазон-Ярошевичу предложенного нами способа являются оптимальными для наиболее частого варианта расположения печени.

**Вывод.** Внедрение в практическую медицину предлагаемого способа доступа приведет к снижению послеоперационных осложнений, связанных с недостаточной ревизией брюшной полости, необоснованной травмой оперируемого органа, послеоперационными кровотечениями, а так же развитием послеоперационных грыж передней брюшной стенки, что будет способствовать снижению сроков заживления раны.

## ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жвиташвили И.Д.

Смоленская государственная медицинская академия,  
ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

Цель исследования: улучшить ближайшие результаты проксимальных резекций поджелудочной железы (ПРПЖ).

**Материалы и методы.** Всего выполнено 132 ПРПЖ. Стандартная панкреатодуоденальная ре-

зекция (ПДР) по Kausch—Whipple выполнена у 87 больных, пилоросохраняющая ПДР — у 39, операция Бегера — у 6. Показаниями к ПРПЖ послужили: рак головки ПЖ — 86 (65,1%), хронический «головчатый» панкреатит — 18 (13,6%),

рак большого дуоденального сосочка — 17 (12,9%), рак терминального отдела холедоха — 6 (4,5%), рак двенадцатиперстной кишки — 3 (2,3%), карциноид ПЖ — 1 (0,7%) и цистаденома головки ПЖ 1 (0,7%). Среди радикально оперированных мужчин — 92, женщин — 40 (в возрасте от 23 до 74 лет (средний возраст — 52,7 лет). Одномоментно операцию выполнили 30 (22,7%) больным, в 2 этапа — 102 (77,3%). Механическую желтуху различной степени тяжести наблюдали у 113 (85,6%) пациентов. Содержание билирубина в сыворотке крови колебалось в пределах от 22 до 485,4 мкм/л ( $154,8 \pm 6,9$  мкм/л).

На реконструктивном этапе использовали три способа обработки культи ПЖ: первый панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) (n=63), второй — ПГА (n=54), третий — наружная панкреатикостомия (n=15).

**Результаты.** В послеоперационном периоде осложнения развились у 59 (44,7%) пациентов. В группе больных с ПЕА (n=63) осложнения отмечены у 38 (60,3%) пациентов: несостоятельность ПЕА — 14 (22,2%), панкреатический свищ — 6 (9,5%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза (БДА) — 10 (15,8%), абсцесс брюшной полости — 2 (3,2%), гастро-стаз — 1 (1,6%), желудочно-кишечное кровотечение — 4 (6,3%), аррозионное кровотечение — 1 (1,6%). Послеоперационная летальность составила 12,7% (8 больных).

В группе больных с ПГА (n=54) осложнения отмечены у 14 (25,9%) больных: несостоятельность ПГА — 1 (1,9%), панкреатический свищ — 1 (1,9%), несостоятельность БДА — 1 (1,9%), абсцесс брюшной полости — 2 (3,7%), гастро-стаз — 4 (7,4%), желудочно-кишечное кровотечение — 3 (5,5%), аррозионное кровотечение — 2 (3,7%). В последней серии 54 ПРПЖ с формированием ПГА летальность удалось снизить до 1,9% (1), послеоперационные осложнения — 25,9%.

В третьей группе пациентов с наружной панкреатикостомией (n=15) послеоперационные осложнения отмечены у 7 (46,6%) пациентов: подтекание панкреатического секрета в брюшную полость отмечено у 4 пациентов, что привело к абсцессу в 2 (13,3%) случаях, несостоятельности БДА — в 2 (13,3%), панкреонекрозу — в 3 (20,0%). Летальность составила 13,3% (2). После внедрения ПГА мы отказались от формирования панкреатикостомы.

**Выводы.** Наиболее тяжелым и опасным осложнением всех проксимальных резекций поджелудочной железы является несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза. Внедрение панкреатодуоденального анастомоза на реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции и операции Бегера позволило снизить уровень послеоперационных осложнений до 25,9%, а летальность до 1,9%.

## ХОЛАНГИОПОРТ С ДВУХПРОВОДНИКОВОЙ СИСТЕМОЙ, КАК ВАРИАНТ ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ПРОЦЕДУР: БИОПСИИ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Иванов А.С.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

Первым этапом лечения больных с опухолью гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, часто является транспеченочное дренирование. На последующих этапах дообследования и лечения нередко возникает необходимость проведения ряда дополнительных эндобилиарных процедур, таких как биопсия, фотодинамическая терапия, стентирование. Для успешного осуществления биопсии или подведения фиброволокна для фотодинамической терапии необходимо сместить транспеченочный катетер выше места стриктуры, что может привести к риску невозможности возвращения катетера в исходное положение, то есть в то положение, при котором дистальная часть катетера расположена ниже стеноза, так как при введении инструментов для

манипуляций приходится извлекать проводник из катетера.

Нами разработан набор инструментов (патент РФ №100725, 20.07.2010), создающих доступ для введения инструментов в просвет желчных протоков при их стенозе. Набор включает катетер и два проводника. Входное отверстие катетера имеет герметизирующую мембрану, предотвращающую вытекание контрастного вещества из протоков, но позволяющую вводить инструменты и проводники. Проксимальная часть катетера снабжена полой трубкой для введения контрастного вещества. Процедура выполняется следующим образом: 1. после удаления по проводнику наружно-внутреннего транспеченочного билиарного дренажа, по оставленному в протоке проводнику, заводится катетер предложенной конструкции ниже

места стеноза; 2. далее в просвет катетера вводится второй проводник, а катетер извлекается, таким образом, что в протоке остается два проводника. 3. по одному из проводников вновь заводится катетер и устанавливается над местом стеноза, а проводник из катетера извлекается; 4. в результате вне катетера находится проводник, дистальный конец которого ниже места стеноза, а просвет катетера свободен для введения всех необходимых инструментов. 5.

После завершения всех процедур в области стеноза, по оставленному в просвете проводнику вновь заводится наружно-внутренний дренаж или эндобилиарный стент.

Таким образом, предложенный набор инструментов, позволяет выполнять все необходимые эндобилиарные процедуры без риска утратить контакт с билиарными протоками, расположенными дистальнее места стеноза

## ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Исомутдинов А.З., Юсупов С.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Бухарская область является одним из регионов Узбекистана с типичной эндемией эхинококкоза животных и человека. При эхинококкозе печени (ЭП) происходят изменения со стороны иммунной системы больных.

**Цель исследования:** изучить параметры иммунитета у больных с ЭП.

**Материалы и методы.** Исследовали иммунные показатели у 36 больных ЭП в пределах от 20 до 64 лет с неосложненной формой ЭП. Иммунологический профиль больных изучали с помощью методов, рекомендованных ГНЦ Институту иммунологии МЗ и СЦ России.

**Результаты.** У больных ЭП отмечали глубокую супрессию Т-звена иммунитета —  $37,2 \pm 0,5\%$  ( $p < 0,001$ ). Количество В-лимфоцитов (CD19) возрастало —  $22,4 \pm 0,6\%$ . Кроме этого, наблюдали существенное возрастание IgA —  $5,12 \pm 0,57$  г/л, IgG —  $21,18 \pm 0,83$  г/л у больных ЭП. Концентрация же IgM не отличалась от контрольных значений —  $1,72 \pm 0,35$  г/л ( $p > 0,05$ ). При изучении цитокинового профиля было показано,

что у больных ЭП параметр ФНО-а возрастал в 25 раз. Концентрация IL-4 до операции была значительно подавлена —  $2,23 \pm 0,61$  пг/мл ( $p < 0,001$ ).

В дальнейшем у всех больных ЭП провели оперативное лечение. В составе комплексной терапии у 13 больных дополнительно использовали иммунопрепарат полиоксидоний (Россия). Под влиянием полиоксидония происходило восстановление ряда параметров иммунной системы. Наблюдали повышение общего пула Т (CD3)-клеток, снижение уровня IgA и IgG. Кроме этого, происходило снижение ФНО-а в 2 раза, а также эффективное возрастание концентрации противовоспалительного цитокина — IL-4 ( $54,6 \pm 9,2$  пг/мл).

**Выводы.** Таким образом, ЭП сопровождается депрессией Т-системы и напряжением гуморального звена системы иммунитета. Использование комплексного лечения приводит к стабилизации иммунной системы и увеличению уровня противовоспалительного цитокина, что является благоприятным прогностическим критерием.

## ПРИМЕНЕНИЕ РЕМАКСОЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Каменских Е.Д.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

**Цель исследования.** Изучение результатов применения препарата «Ремаксол» в составе комплексного пред- и послеоперационного лечения больных циррозом печени с состоявшимся или продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП).

**Материалы и методы.** Проведена оценка гепатопротекторной и антиоксидантной эффективности оригинального сукцинатсодержащего раствора «Ремаксол. Раствор для инфузий» (разработчик и производитель препарата — ООО Научно-технологическая фармацевтическая фирма

«ПОЛИСАН», Санкт-Петербург) у больных циррозом печени, осложненным угрозой или состоявшимся кровотечением из ВРВП. Объем наблюдений составил 40 человек, разделенных на 2 группы (основная и группа сравнения) по 20 пациентов в каждой. Среди пациентов было 17 женщин (42,5%) и 23 (57,5%) мужчины. Средний возраст составил  $52,39 \pm 7,16$  лет. Дизайн исследования: простое слепое плацебо-контролируемое. Ремаксол применяли курсом в течение 8 дней по 400 мл один раз в день внутривенно капельно со скоростью 40-60 кап/мин. Эффективность гепатопротекторной и антиоксидантной терапии оценивали по динамике клинических проявлений, активности биохимических индикаторных цитолитических печеночных ферментов и маркеров синдрома холестаза, а также оценке активности антиоксидантного статуса.

**Результаты.** В результате терапии препаратом «Ремаксол» статистически достоверно было установлено снижение частоты проявлений астенического и диспепсического синдромов ( $p < 0,05$ ). Статистически достоверно выявили и купирование клинических проявлений желтухи. Частота выявления, как болевого синдрома, так и геморрагического синдрома после курса проведенной терапии имела тенденцию к снижению, однако достоверной разницы не было выявлено. Доказано положительное влияние препарата «Ремаксол» на динамику уровня биохимических показателей сыворотки крови. В основной группе выявили статистически достоверное снижение показателей общего и прямого билирубина, АлАТ, АсАТ, ГГТП и щелочной фосфатазы ( $p < 0,05$ ). Положительная динамика

биохимических показателей коррелировала с клиническим улучшением состояния пациентов основной группы.

При исходной оценке активности антиоксидантного статуса по уровню каталазы выявлено его угнетение до  $44,03 \pm 14,32$  мкат/л в основной группе и  $41,85 \pm 7,59$  мкат/л — в группе сравнения. После окончания терапии на 8-е сутки в группе пациентов, получавших Ремаксол, была отмечена более выраженная положительная динамика активности каталазы — до  $80,78 \pm 43,67$  мкат/л против  $49,56 \pm 3,51$  мкат/л в группе сравнения.

Среди побочных эффектов применения Ремаксолола были отмечены чувство жара и умеренное першение в горле у 12 (60%) пациентов, аллергическая реакция в виде сыпи у 1 (5%) больного, выраженная тошнота и головная боль у 1 (5%) пациента.

**Выводы.** Ремаксол способствовал уменьшению синдромов цитолиза (снижение уровней АлАТ, АсАТ), холестаза (снижение уровней прямого билирубина, щелочной фосфатазы, ГГТП), повышению антиоксидантного статуса пациента, что коррелировало с клиническим улучшением (купирование астенического и диспептического синдромов, желтухи). При этом кратность снижения ферментов сыворотки крови у пациентов, получавших Ремаксол, была существенно выше, чем при применении базовой терапии в сочетании с плацебо. Ремаксол может быть рекомендован в качестве высокоэффективного гепатопротектора в составе комплексного пред- и послеоперационного лечения больных циррозом печени.

## МР-ХОЛАНГИОГРАФИЯ С БОЛЮСНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА ЧЕРЕЗ ХОЛАНГИОСТОМУ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПО ЖЕЛЧНЫМ ПРОТОКАМ В ПРОКСИМАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ

Коваленко Ф.С., Горохов А.В.

Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

**Цель исследования.** Оценить эффективность МР-холангиографии с болюсным введением физиологического раствора через холангиостому для определения проксимального распространения внепеченочной холангиокарциномы по желчным протокам.

**Материалы и методы.** Исследование брюшной полости проводили по стандартной методике на среднепольном МР-томографе «General Electric» (США) с величиной постоянного магнитного поля 1,5 Тл больным раком внепеченочных желчных протоков или стриктурами желчных путей при наличии

холангиостомы. Метод включает следующие этапы: 1. исследование брюшной полости по стандартной методике на среднепольном МР-томографе; 2. извлечение пациента из тоннеля прибора и введение физиологического раствора в спавшееся желчное дерево через наружное отверстие холангиостомы со скоростью 0,3 мл/с до появления чувства наполнения, в объеме 7-10 мл; 3. повторное выполнение МР-холангиографии. Срезы при этом ориентируют по аксиальным томограммам перпендикулярно позиции желчного пузыря с повторением последовательности 2-3 раза.



**Результаты.** Таким способом было обследовано 18 больных. Осложнений во время процедуры и в первые сутки после ее проведения не наблюдали. Скорость введения физиологического раствора не лимитировалась определенными значениями, но при этом старались вводить жидкость не слишком быстро для избегания болевых ощущений. Для проведения процедуры требовалось около 7-10 мл физиологического раствора, верхний предел ограничивали появлением субъективных ощущений в виде чувства «распирания» в верхних отделах живота. Дальнейшее введение изотонического раствора было затруднительно из-за приложения усилий, и вызывало у больного боль и одышку. При меньшем объеме качество изображе-

ния, полученного при МР-холангиографии, было неудовлетворительным.

**Заключение.** С момента постановки холангиостомы до радикального хирургического вмешательства при раке внепеченочных желчных протоков проходит от двух недель до двух месяцев. За это время опухоль может значительно распространиться по желчевыводящим путям. С помощью предоперационной МР-холангиографии не всегда точно можно оценить проксимальный уровень обструкции из-за спавшегося желчного дерева.

Разработанный метод позволяет определить проксимальный уровень обструкции в спавшемся желчном дереве, что бывает сложно осуществить при стандартной МР-холангиографии.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГЕПАТЭКТОМИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Корнилов М.Н.

ФГУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

**Введение.** Ортотопическая трансплантация печени (ОТП) находит все большее применение в хирургической практике. Наиболее сложным и трудоемким этапом операции по праву считается гепатэктомия у реципиента, так как сопряжено с объективными техническими трудностями, что обуславливает необходимость оптимизации хирургической тактики при ее выполнении.

**Цель исследования.** Оптимизировать хирургическую тактику гепатэктомии у реципиента при выполнении ОТП.

**Материалы и методы.** С декабря 2004 года в ФГУ ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова проведено 100 трансплантаций трупной печени, выполненных 94 реципиентам (6 ретрансплантаций). С февраля 2008 года начато внедрение сплит-трансплантации печени: выполнено 4 трансплантации фрагмента расширенной правой доли печени. Средний возраст больных составил  $43,5 \pm 9$  лет. Оперировано: мужчин — 37 (42%), женщин — 51 (58%). Показаниями к операции послужили: алкогольный цирроз печени — 8 (8%), цирроз печени в исходе вирусных гепатитов — 33 (33%), гепатоцеллюлярный рак — 6 (6%), первичный билиарный цирроз — 20 (20%), первичный склерозирующий холангит — 6 (6%), цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита — 9 (9%), синдром Бадда-Киарри — 4 (4%), метаболические болезни печени — 3 (3%), ретрансплантация — 6 (6%), другие — 5 (5%). Резекцию позадипеченочного отде-

ла нижней полой вены реципиента и формирование двух кавальных анастомозов выполняли в 11 (11%) наблюдениях. Подавляющее большинство операций (97%) выполнено без использования вено-венозного обхода, так как сохранение кровотока по нижней полой вене и адекватная анестезиологическая поддержка позволяет обеспечить стабильность гемодинамики реципиента во время имплантации.

Анастомоз по типу «бок-в-бок» сформировали в 24 (24%) наблюдениях, методику Piggy-Back применяли у 3 (3%) больных. Остальные 56 (56%) операций выполнены с использованием оригинальной методики — анастомоза «конец-в-бок».

**Результаты.** В результате реализации программы была выработана дифференцированная хирургическая тактика при выполнении гепатэктомии. После выделения воротной вены и ее контроля на турникете приступают к выделению и обходу держалками над- и подпеченочного отделов НПВ. Уже на этом этапе следует определить: возможно ли дальнейшее безопасное продолжение операции с сохранением нижней полой вены или более целесообразно, после анестезиологической подготовки, выполнить пережатие НПВ и применить «классическую технику» операции. В настоящее время пережатие НПВ и выполнение операции по классической методике мы считаем показанным при патологии позадипеченочного отдела НПВ (синдром Бадда-Киарри), тромбозе НПВ, выраженных фиброзных изменениях, наличии TIPS, «сложной» гепатэктомии вследствие анатомических (значитель-

ная гипертрофия I сегмента печени), технических (невозможность восстановления целостности НПВ после удаления печени) особенностей. В других же случаях при плановом течении операции следует продолжить мобилизацию позадипеченочного отдела НПВ и соответственно его сохранить. В ряде случаев при невозможности восстановления целостности полых вен, либо вследствие ее значительной деформации после ушивания дефектов целесообразной является ее резекция и продолжение операции по «классической» методике без обходного

вено-венозного шунтирования. Таким образом, ни одна из известных, отработанных и применяемых методик операции не является универсальной, а выбор техники выполнения ортотопической трансплантации печени диктуется конкретной интраоперационной ситуацией.

**Заключение.** Выработанная хирургическая тактика позволила избежать интраоперационной летальности и позволила достичь актуаральной выживаемости реципиентов в течение 1 года 88%, а 5-летней — 86%.

## ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Костюченко М.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Нарастающий панкреатогенный эндотоксикоз приводит к развитию органных повреждений. На первое место выходят нарушения функций печени и почек, отвечающие за детоксикацию организма, что является одним из факторов нарушений и других жизненно важных органов (полиорганной недостаточности). Поэтому выявление наиболее приемлемых для практического применения предикторов и маркеров ранней диагностики функциональных нарушений печени и почек, по-прежнему, остается актуальной проблемой хирургии.

**Цель исследования:** уточнение ранних предикторов нарушений функций печени и почек у больных острым панкреатитом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 586 пациентов с острым панкреатитом. У 181 (30,8%) больного выявили нарушения функций печени и почек, при этом в группе пациентов с панкреонекрозом функциональные нарушения печени и почек выявили у 68%. Алгоритм выявления функциональных нарушений печени и почек заключался в мониторинге параметров эндотоксикоза (МСМ, ЛИИ, нейтрофильный индекс, амилаза, альбуминсвязывающая способность плазмы, мочевины, креатинина), параметров печеночной дисфункции (общий белок, альбумин, фибриноген, АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ, билирубин, коагулограмма, тромбоциты), параметров почечной дисфункции (клиренс креатинина, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, функциональный резерв почек). Диагностику органных нарушений подтверждали данными инструментального мониторинга (УЗИ и УЗАС печени и почек, КТ, МРТ). Тяжесть общего состояния пациентов уточняли по шкалам

SAPS II, APACHE II. Статистический анализ проводили с помощью программы Медстатистика 6.0 в соответствии с общепринятыми стандартами.

**Результаты.** Пациенты с диагностированными нарушениями функций печени и почек представляли собой 3 группы: 1) пациенты пожилого и старческого возраста с инволютивными изменениями печени и почек — 67,2%, 2) больные с предсуществующей патологией печени и почек, включающей также эндокринные и обменные заболевания, при которых развиваются хронические морфофункциональные изменения в этих органах, хроническая интоксикация (сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 ст., атеросклероз аорты с поражением висцеральных ветвей, аутоиммунная патология, патология почек с явлениями хронической почечной недостаточности и др.) — 17,4%, 3) лица молодого и среднего возраста с тяжелым эндотоксикозом (2-3 степень по классификации Гостищева В.К., 2002) вследствие панкреонекроза без предсуществующих заболеваний печени и почек — 15,4%. Ранними маркерами печеночно-почечных нарушений явились: рост ферментов цитолиза (АЛТ, АСТ), нарастание эндотоксикоза, снижение эффективной концентрации альбумина, выявление гиперкоагуляции.

**Выводы.** Выявление групп риска и мониторинг предикторов нарушения функций печени и почек у больных с острым панкреатитом позволяет своевременно проводить направленное лечение и предупредить развитие тяжелых форм печеночно-почечной недостаточности и улучшить результаты лечения острого панкреатита.

## ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТ СТЕПЕНИ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кугаев М.И.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить зависимость качества жизни (КЖ) и интенсивность боли у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) от выраженности фиброзных изменений в поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** В предоперационном периоде было обследовано 44 пациента с ХП и его осложнениями. Средний возраст пациентов составил  $42,9 \pm 10,3$  лет. Женщин было 8 (18%), мужчин — 36 (82%). Бернскую модификацию операции Бегера выполнили 29 пациентам, 1 — панкреатодуоденальная резекция, 21 — операция Бегера. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36, интенсивность боли — с помощью ВАШ. Выраженность фиброзных изменений в ткани ПЖ определяли на основании морфометрической оценки площади соединительной ткани

при увеличении микроскопа  $\times 100$ . Площадь распространения соединительной ткани измеряли с помощью стандартной программы LAS (Leica Application Suit) фирмы Leica Microsystems GmbH (Германия). Полученные величины пересчитывали на  $1 \text{ мм}^2$ , вычисляли среднее значение и определяли процентную долю фиброза. Для исследования корреляционной зависимости использовали непараметрический критерий Спирмена.

**Результаты.** При изучении зависимости качества жизни и интенсивности боли от площади фиброза корреляции не было выявлено ни по одной из 8 шкал SF-36, ни по ВАШ.

**Выводы.** В соответствии с полученными данными качество жизни и интенсивность болевого синдрома не зависит от степени фиброзных изменений в ПЖ при ХП

## ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ

Кучеров А.А.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Киров, Россия

**Цель исследования.** Уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений после резекции печени у больных с очаговыми поражениями печени на фоне вирусного гепатита и цирроза.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1994 по 2010 гг. находилось на лечении 98 больных с различными очаговыми поражениями печени на фоне сопутствующего хронического вирусного гепатита и цирроза в возрасте от 11 до 83 лет. Резекцию печени в различном объеме выполнили 45 (45,9%) пациентам. 45 (45,9%) пациентов радикально неоперировали вследствие распространенности процесса, 8 (8,2%) пациентов вследствие декомпенсации цирроза. Резекции печени выполнены по поводу следующих заболеваний: первичный рак печени — 21 (46,6%), аденома печени — 2 (4,4%), альвеококкоз — 12 (26,6%), эхинококкоз — 3 (6,6%), мтс поражение — 1 (2,2%), ангиосаркома — 1 (2,2%), гемангиома — 4 (8,8%), га-

мартома — 1 (2,2%). Вмешательства выполнены в следующем объеме: сегментэктомия — 3, бисегментэктомия — 9, трисегментэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 13, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия — 14, левосторонняя гемигепатэктомия — 2, левосторонняя расширенная гемигепатэктомия — 2. Учитывая низкий функциональный статус, изначально пораженной диффузным процессом печеночной паренхимы, предложен алгоритм послеоперационного ведения пациентов с внутрипортальной инфузией лекарственных средств через катетеризированную пупочную вену. Основной причиной летальных исходов является послеоперационная печеночно-почечная недостаточность. По предложенному алгоритму пролечено 8 (8,8%) больных, которым дополнительно в послеоперационном периоде на фоне посиндромной терапии (7 больных на фоне цирроза класса А и В по Child-Pugh и 1 больная на фоне хронического гепатита С) проводили специальную терапию —

внутрипортальное введение лекарственных препаратов через катетеризированную пупочную вену: дексаметазон, гептрал, реамберин.

**Результаты.** У пациентов, оперированных на фоне хронического вирусного гепатита вне зависимости от генеза, явления печеночной недостаточности легкой и средней степени тяжести зафиксировали после правосторонней гемигепатэктомии и расширенных вмешательств. На фоне внутрипортального введения после правосторонней гемигепатэктомии явлений печеночной недостаточности не отмечено. У всех пациентов, оперированных на фоне цирроза, зафиксировали явления печеночной недостаточности средней и тяжелой степени после би- и трисегментэктомии, и крайне тяжелой степени после расширенных вмешательств. Эти явления были купированы на 10-14 сутки. Более тяжелое течение отмечено на фоне мелкоузлового, плотного

цирроза. У пациентов, которым проводили внутрипортальную инфузию, отмечали снижение тяжести печеночной недостаточности и ее купирование на 8-9 сутки. У 3 пациентов без проведения внутрипортальной инфузии развился некупируемый гепаторенальный синдром, приведший к летальному исходу. 1 пациент умер после операции с внутрипортальной инфузией вследствие тромбоза чревного ствола на фоне компартмент-синдрома после ушивания эвентрации.

**Выводы.** Диффузный сопутствующий процесс у пациентов с наличием очаговых поражений печени значительно утяжеляет послеоперационное течение, поэтому правильное ведение данного периода является основополагающим в профилактике и уменьшении тяжести осложнений. Применяемый алгоритм послеоперационного ведения больных позволяет уменьшить осложнения и летальность.

## КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЦИТОХРОМ Р450 У ПАЦИЕНТОВ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Магомедов К.М.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,  
Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт», Москва, Россия

Диффузные заболевания печени являются наиболее частой причиной проведения трансплантации печени. В условиях дефицита донорских органов, определение тяжести пациентов в листе ожидания и степени неотложности выполнения трансплантации печени является первостепенной задачей. Ныне существующие методы и шкалы оценки тяжести диффузных заболеваний печени не отражают истинное состояние функциональных резервов печени, которые могли бы помочь более аргументировано подходить к отбору больных на трансплантацию печени.

**Цель исследования:** количественная оценка функциональных резервов печени для определения тяжести состояния пациентов в листе ожидания (ЛО).

**Материалы и методы.** Обследован 121 пациент (58 женщин и 62 мужчины), в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст — 39,9+10,1 лет). Все пациенты были распределены на 3 группы по СТР0С циррозом печени вирусной природы было 39 пациентов, с алкогольным циррозом — 19, первичным билиарным циррозом — 17, криптогенным циррозом — 13, первичным склерозирующим холангитом — 5, фульминантной печеночной недостаточностью — 7. Остальные нозологии представлены единичными случаями.

В программу исследования больных в ЛО трансплантации печени были включены УЗИ, исследование уровня холинэстеразы (ХЭ), желчных кислот (ЖК), преальбумина (ПрА), шкала MELD.

**Результаты.** При сравнении уровня MELD и шкалы СТР у пациентов в ЛО получили прямую корреляционную зависимость ( $r=0,7$   $p<0,01$ ). Максимально высокие значения индекса резистентности на печеночной артерии и диаметра воротной вены выявили у пациентов с наиболее тяжелой степенью цирроза печени СТР-С по сравнению с пациентами с СТР-А и СТР-В ( $p<0,05$ ). При оценке лабораторных параметров с СТР отрицательную корреляцию выявили с уровнем ХЭ и ПрА в сыворотке  $r=-0,67$   $r=-0,65$  ( $p<0,01$ ). В то же время с уровнем ЖК сыворотки корреляции выявлено не было.

Для количественной оценки массы функционирующей паренхимы и дифференциации степени тяжести цирроза 55 (66,55%) пациентам провели метацетиновый дыхательный тест. Выбор именно этого препарата был обусловлен тем, что препарат не токсичен, имеет высокую скорость клиренса, который не зависит от возраста и пола пациента, обладает высокой чувствительностью при определении степени тяжести заболевания печени и имеет высокую корреляцию с СТР (табл.).



## Метацетиновый дыхательный тест при циррозе печени

Степень тяжести по Child-Turcotte-Pugh	Контрольная группа (n=8)	СТР-А (n=12)	СТР-В (n=21)	СТР-С (n=21)
CPDR, %	18,9±0,4	15,6±0,41*	8,63±0,49* <sup>1</sup>	3,4±0,23* <sup>1, 2</sup>

Примечание \* различие достоверно по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,01$ )

<sup>1</sup> различие достоверно по сравнению с СТР-А ( $p < 0,01$ )

<sup>2</sup> различие достоверно по сравнению с СТР-В ( $p < 0,001$ )

Значения суммарного процента окисления метацетина (CPDR) у пациентов имели достоверно значимые различия с таковыми в контрольной группе.

В результате проведенного анализа данных выработали алгоритм обследования больных в листе ожидания трансплантации печени, который позво-

ляет, аргументировано определять тяжесть пациентов в листе ожидания.

**Закключение.** Комплексное исследование больных в ЛО, включая количественную оценку функциональных резервов печени, позволяет определять тяжесть состояния пациентов в листе ожидания и степень неотложности выполнения трансплантации печени.

## ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НА ВНУТРИПРОТОВОЕ ДАВЛЕНИЕ У МАЛЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

**Маликов Я.В.**

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Повышение внутрибрюшного давления (ВБД), сопутствующее выполнению лапароскопических операций, оказывает негативное влияние практически на все системы организма. В литературе описаны морфологические и функциональные изменения, возникающие при повышении ВБД, в головном мозге, печени, почках и надпочечниках, нервно-мышечном аппарате желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной системе. Однако, вопросу влияния внутрибрюшной гипертензии на давление в желчевыводящих путях (ЖВП) уделяется недостаточное внимание, при том, что острое повышение ВБД может вызывать нарушение пассажа желчи.

**Цель исследования:** сравнение давления в ЖВП и брюшной полости до и после острого повышения ВБД.

**Материалы и методы.** Исследование проводили в условиях острого эксперимента на 40 белых беспородных крысах весом 200-250 г, содержащихся в условиях вивария. Под общим обезболиванием парами медицинского эфира в асептических условиях вскрывали брюшную полость. Выделяли холедох и канюлировали с помощью внутривенного катетера диаметром 0,9 мм. Брюшную полость послойно герметично ушивали с двумя дренажами, диаметром 1,4 мм — в подпеченочном пространстве и свободно в брюшной полости. Через один из

дренажей (лежащий свободно в брюшной полости) осуществляли наложение пневмоперитонеума путем инфуляции 100 куб. см воздуха пневматическим нагнетателем. Через внутривенный катетер, установленный в холедох, и второй дренаж, лежащий подпеченочно, проводили измерение давления до и после создания пневмоперитонеума.

**Результаты.** В результате экспериментальных исследований установили, что до создания пневмоперитонеума давление в брюшной полости составляло 30,1±2,8 мм рт. ст., а давление в холедохе — 37,6±3,2 мм рт. ст., после острого повышения ВБД аналогичные измерения составили 169,9±14,5 мм рт. ст. и 96,9±10,5 мм рт. ст. соответственно. Таким образом, до повышения ВБД давление в ЖВП превышало давление в брюшной полости на 7,5 мм рт. ст. (24,9%), что было связано, с тонусом стенки самих протоков. После создания пневмоперитонеума прирост давления в брюшной полости значительно выше, чем в ЖВП, он составил 139,8 мм рт. ст. (464,4%) и 59,3 мм рт. ст. (157,8%) соответственно. Полученные данные свидетельствуют, что повышение давления в брюшной полости может препятствовать оттоку желчи в ДПК, с развитием холестатического и цитолитического синдромов.

**Закключение.** У малых экспериментальных животных в обычных условиях в желчных протоках

давление выше, чем в свободной брюшной полости, что связано с тонусом стенки самих протоков. После острого повышения ВБД в эксперименте давление в брюшной полости возрастает в большей

мере, чем в протоках, что может препятствовать нормальному оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку с развитием холестатического и, как следствие, цитолитического синдромов.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Мелкумян А.В.

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

**Актуальность.** Проблема диагностики и лечения рака желчного пузыря остается нерешенной. Большинство больных, у которых диагностируется данное заболевание, имеют поздние стадии развития раковой опухоли.

**Материалы и методы.** Работа выполнена в хирургической клинике РУДН на базе ГКБ №64 и РОНЦ им. Н.Н. Блохина, где с 1993 по 2010 гг. стационарное лечение проходил 91 больной (мужчин — 22 (24,2%), женщин — 69 (75,8%)) с гистологически подтвержденным диагнозом — рак желчного пузыря. Более 70% пациентов были в возрасте старше 61 года. Из общего числа больных госпитализировано с диагнозом острый калькулезный холецистит 45 (49,5%) больных, с клиникой механической желтухи — 38 (41,7%), с диагнозом рак желчного пузыря для оперативного лечения — 5 (5,5%), в плановом порядке для оперативного лечения по поводу хронического калькулезного холецистита — 3 (3,3%).

**Результаты и обсуждение.** Хирургическое лечение провели 41 (45%) пациенту (мужчин — 9 (21,9%), женщин — 32 (78,1%)). У 26 (28,6%) больных с механической желтухой на фоне основного заболевания, выполнили эндоскопическое транспапиллярное стентирование холедоха, оставшиеся 24 (26,4%) пациента получали симптоматическую терапию. Из числа оперированных больных у 29 (70,7%) диагноз был установлен на дооперационном этапе на основании данных УЗИ и КТ, при которых выявлены изменения в стенке желчного пузыря инфильтративного характера или наличие объемного образования, исходящего из стенки желчного пузыря. Характер выполненных операций в данной группе следующий: стандартная холецистэктомия — 17 (58,6%); стандартная холецистэктомия с желчеотводящей операцией — 2 (6,9%); холецистэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков — 2 (6,9%); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, резекция желудка, тонкой кишки, лимфодиссекция — 1 (3,4%); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия, лимфодиссекция — 1

(3,4%); холецистэктомия, левосторонняя гемигепатэктомия, лимфодиссекция — 1 (3,4%); холецистэктомия с гепатикоэнтеростомией — 2 (6,9%); холецистэктомия с протезированием холедоха — 2 (6,9%); холецистэктомия с эндопротезированием общего печеночного протока — 1 (3,4%).

У 8 (19,5%) пациентов диагноз был установлен во время оперативного вмешательства и в дальнейшем подтвержден при гистологическом исследовании. Им выполнили следующие операции: холецистэктомия с резекцией гепатикохоледоха и гепатикоэнтеростомией — 1 (12,5%), холецистэктомия — 4 (50%), холецистэктомия с гепатикоэнтеростомией — 1 (12,5%), холецистэктомия с резекцией печени — 1 (12,5%) и холецистэктомия с гастроэнтеро — и энтероэнтеростомией — 1 (12,5%).

У 4 (9,8%) пациентов диагноз был установлен в послеоперационном периоде при гистологическом исследовании. Им были выполнены следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия — 3 (75%) и холецистэктомия с гепатикодуоденостомией (в связи с интраоперационной травмой протока) — 1 (25%).

Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 7,3%.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 33 (80,5%) человек. До настоящего времени живут только 4 (12,1%) пациентов (2, 6, 8 и 10 лет после операции). Из них 3 были выполнены холецистэктомии и у 1 — расширенная правосторонняя гемигепатэктомия, резекция протока, лимфодиссекция. 26 (78,8%) больных умерли в течение первого года от прогрессирования основного заболевания и у 3 (9,1%) продолжительность жизни составила 15, 34 и 41 месяц соответственно.

**Выводы.** Диагностика рака желчного пузыря на ранних стадиях не всегда представляется возможной, так как он в основном протекает под маской различных форм холецистита. Неудовлетворительные отдаленные результаты и высокая летальность больных объясняются поздней диагностикой данного заболевания.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мардонов Л.Л.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность клиничко-инструментальной диагностики печеночной энцефалопатии (ПЭ) у больных циррозом печени (ЦП) на этапах портосистемного шунтирования (ПСШ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты обследования и лечения 243 больных ЦП, оперированных за период с 2004 по 2009 гг., у которых в комплексе диагностики ПЭ применен аппарат «HEPAtonormTM — Analyzer» (компания «MERZ», Германия). Возраст пациентов в среднем составил  $28,2 \pm 10,1$  лет. Критерием оценки тяжести ПЭ на этапах ПСШ послужили результаты определения критической частоты мерцания (КЧМ), полученные с помощью аппарата HEPAtonormTM — Analyzer. Научные принципы, лежащие в основе данной методики, определяются 100% чувствительностью и специфичностью аппарата HEPAtonormTM индуцирующего КЧМ, порог которой находится в прямой зависимости от прогрессирования ПЭ. Все больные были оперированы в плановом порядке: дистальный спленоренальный анастомоз — 124 (51,0%), проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией — 13 (5,3%), латеро-латеральный спленоренальный анастомоз — 24 (9,9%), спленосупраренальный анастомоз — 50 (20,6%), Н-образный спленоренальный анастомоз — 32 (13,2%).

**Результаты.** В группе исследуемых больных в 48 (19,8%) случаях клинически и инструментально ПЭ не выявили. В 132 (54,3%) случаях ПЭ не определяли клинически, однако инструментальное исследование позволило выявить латентную стадию данного осложнения. Клинические проявления ПЭ при первичном осмотре, соответствующие 1-2 стадии (Сопн Н.О., 1979) выявлены у 63 (25,9%) пациентов, что потребовало проведения предоперационной консервативной терапии.

В раннем послеоперационном периоде печеночная недостаточность отмечена в 29 (11,9%) случаях. Средний показатель КЧМ составил  $37,5 \pm 0,9$  Hz, причем сравнение показателей у пациентов с нормой КЧМ до операции и больных с ПЭ показало достоверную разницу ( $p < 0,05$ ) в степени прогрессирования данного осложнения. Частота печеночной недостаточности также различалась и составила 8,2% против 13,6%. Включение в комплекс послеоперационной реабилитации больных специфических консервативных мероприятий (диета, L-орнитин-L-аспартат, лактулоза) позволило нивелировать явления ПЭ у 59,3% с улучшением показателя КЧМ до  $38,7 \pm 0,9$  Hz. В дальнейшем в сроки 1-2 месяца после шунтирования данный показатель повысился до  $41,3 \pm 1,04$ , при этом клинические проявления ПЭ выявили только у 11,1% пациентов, а латентную форму ПЭ по показателям КЧМ — у 35,0%.

**Закключение.** ПЭ является одним из наиболее частых осложнений ЦП, однако частота ее выявления, в зависимости от выраженности клинических проявлений или данных инструментальных исследований, может варьировать в пределах от 20 до 80%, что имеет принципиальное значение в плане своевременности включения в комплекс лечения профилактических мероприятий. Определение порога КЧМ при помощи аппарата HEPAtonormTM — Analyzer позволяет объективно оценить степень тяжести и риск прогрессирования ПЭ у больных ЦП. Так на дооперационном этапе данное осложнение выявили у 80,2% больных ЦП, причем латентную стадию — у 54,3%. В 100% случаев оперативное вмешательство ухудшает показатель КЧМ, при этом риск развития гепатоцеллюлярной недостаточности фактически в 2 раза выше у больных с клинически или инструментально выявленной ПЭ до операции, и соответственно требует проведения специфических лечебно-профилактических мер на всех этапах ПСШ.

## ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОМ БЛОКЕ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ У КРЫС

Меньшиков С.А., Федорук Д.А., Дегтярев Ю.Г.

Детский хирургический центр, Минск, Беларусь

По современным представлениям под холеста-  
стазом понимают нарушение синтеза, секреции и

оттока желчи. Доказано, что не все изменения  
в гепатобилиарной системе носят прохолестати-

ческий характер, некоторые из них представляют собой антихолестатический механизм. Одним из пусковых факторов может быть пролактин, ингибирующее действие на его выделение оказывает дофамин. Блокаторы дофаминовых рецепторов связываются с рецепторами на желтых лакотрофах и препятствуют взаимодействию дофамина с ними, тем самым не останавливают секрецию гормона.

**Цель исследования:** оценка влияния метоклопрамида на уровень пролактина в сыворотке крови, на патологические и компенсаторные процессы при обструктивном холестазе и изучение морфологических изменений печени.

**Материалы и методы.** Объект исследования: беспородные крысы, на которых была создана модель холестаза. Крысы были разделены на 4 группы: контрольная, ложнооперированные и опытные группы, которые были разделены на подгруппы в зависимости от длительности холестаза и введения метоклопрамида.

**Методы:** 1) экспериментальный метод создания подпеченочного блока пассажа желчи путем лигирования общего желчного протока в воротах печени; 2) лабораторные исследования, включающие определение уровней общего белка, билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови; 3) морфологическое исследование печени.

**Методика создания холестаза:** наркоз осуществляли смесью кетамина и ксилозина в дозе 0,2 мл/100 г, затем производили лапаротомию, выделение печеночно-двенадцатиперстной связки, лигирование общего желчного протока в воротах

печени двумя нитями, пересечение между лигатурами, ушивание раны. Ложнооперированной группе производились те же манипуляции, за исключением лигирования и пересечения общего желчного протока. Для создания гиперпролактинемии использовали блокатор дофаминовых рецепторов — метоклопрамид в дозе 10 мг/100 г в сутки внутримышечно в течение 7 и 14 суток.

**Результаты и выводы.** В контрольной группе уровень пролактина составил  $1,23 \pm 0,09$  нг/мл, в ложнооперированной группе —  $1,38 \pm 0,14$  нг/мл. Уровень пролактина на фоне введения метоклопрамида увеличился по сравнению с ложнооперированными: при введении препарата в течение 7 суток на 15%, а при введении препарата в течении 14 суток — на 33%. В биохимическом анализе крови на фоне введения препарата отмечается нарастание синдромов холестаза и незначительное уменьшение маркеров цитолиза. Морфологические изменения печени и желчных протоков характеризуются различной степенью выраженности патологических процессов: дистрофии, холестаза, расширения портальных трактов, пролиферации желчных протоков, некроза гепатоцитов и фиброза. В результате исследования были получены двойные итоги, которые, по все видимости, отражают про- и антихолестатические механизмы. Гистологическая картина печени в группах без введения препарата, в отличие от групп с введением метоклопрамида, характеризовалась более выраженными грубыми изменениями в паренхиме печеночной ткани. Таким образом, пролактин, несомненно, влияет на патогенетические механизмы. Для более точной оценки этих процессов необходимо создание гиперпролактинемии с уровнем гормона 5 нг/мл и более.

## СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Меньшикова Е.А., Галькевич Н.В.

Детская городская инфекционная клиническая больница, Минск, Беларусь

Синдром холестаза является частым признаком поражения печени и желчевыводящих путей, который наблюдается при заболеваниях как инфекционной, так и неинфекционной природы. Установление этиологии является одним из ключевых моментов в выборе тактики и сроков лечения больных, так как длительный холестаз с сопутствующим воспалением ведет к необратимым изменениям структуры и функции печени.

**Цель исследования:** 1) определить временные рамки диагностики поражения печени с синдромом холестаза у детей первого года жизни; 2) сравнить

показатели биохимического анализа крови у детей с синдромом холестаза при инфекционном и хирургическом поражении печени; 3) изучить динамику изменений маркеров холестаза в зависимости от его длительности в эксперименте; 4) изучить морфологические изменения гепатобилиарной системы при блоке оттока желчи.

**Материалы и методы.** Объект исследования: 1) пациенты с диагнозами билиарная атрезия, гепатит и/или цирроз печени инфекционной этиологии; 2) беспородные крысы, на которых была создана модель холестаза. Крысы были разделены на 3



группы: контрольная, ложнооперированные и опытная группа, которая была разделена на подгруппы в зависимости от срока декапитации.

Методы: 1) ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного с клиническими диагнозами билиарная атрезия за период с 1997 по 2007 гг.; гепатит и/или цирроз печени инфекционной этиологии за период с 2000 по 2009 гг.; 2) экспериментальный метод создания подпеченочного блока пассажа желчи путем лигирования общего желчного протока в воротах печени; 3) лабораторные исследования, включающие определение уровней общего белка, билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы

в сыворотке крови; 4) морфологическое исследование печени.

*Результаты и выводы:* 1) наиболее частым инфекционным агентом, сопровождающим синдромом холестаза, является ЦМВ; 2) в эксперименте, в зависимости от его длительности, отмечаются ожидаемые результаты (снижение общего белка, увеличение общего и прямого билирубина, ГГТП, ЩФ, маркеров цитолиза); 3) к 28 суткам в паренхиме печени формируются грубые необратимые изменения (фиброз 3 степени с формированием ложных долек); 4) данная модель холестаза показывает, что временные рамки диагностики синдрома холестаза при данных патологиях ограничены и сводятся к 1,5-2 месяцам.

## АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОПЕРИРОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И., Дядьков А.В.**

*Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия*

Лечение эхинококкоза печени, одного из самых распространенных паразитарных заболеваний, по-прежнему, остается важной задачей современной хирургии. С появлением плазменных технологий, отношение к данной проблеме претерпело значительные изменения. Согласно данным многих авторов, при использовании плазменного потока послеоперационный период протекает без осложнений, характерных для традиционного оперативного вмешательства. Однако для полного и объективного сравнения эффективности двух хирургических методик необходимо учитывать также отдаленные результаты лечения.

С этой целью провели анализ историй болезни 160 пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени в торакоабдоминальном отделении СККЦ СВМП г. Ставрополя за период с 1988 по 2010 гг. Все больные были разделены на две группы: основную (100 человек), оперированных с применением плазменных технологий, и контрольную (60 человек), которым было выполнено традиционное оперативное вмешательство.

Возраст больных в обеих группах варьировал в пределах от 11 до 80 лет; соотношение мужчин и женщин в основной группе составляло 1:1,9, в контрольной — 1:1,6. У большинства (65%) пациентов обеих групп диагностировали наличие одиночных кист с преимущественной локализацией в VII-VIII

сегментах печени. Удельный вес открытой эхинококкэктомии составил 90,7%, при этом в качестве оперативного доступа у 55% больных использовали торакофренолапаротомию. Послеоперационный период в основной группе протекал гладко, тогда как в контрольной наблюдали воспалительные осложнения общего и местного характера, что привело к увеличению сроков стационарного лечения.

С целью анализа отдаленных результатов разработали анкету для определения качества жизни (КЖ) обследуемого контингента больных, состоящую из 16 вопросов. С ее помощью выявили, что у подавляющего большинства пациентов основной группы отсутствуют симптомы заболевания и проблемы со здоровьем, связанные с проведенным хирургическим лечением; количество рецидивов в этой группе оказалось равным нулю. Полученные данные дополнили высокие показатели самооценки КЖ. В контрольной группе, напротив, отметили высокую частоту рецидивов (13,4%) и низкий индекс КЖ.

*Заключение.* При использовании плазменного скальпеля отдаленные результаты лечения первичного эхинококкоза печени достоверно лучше, чем при применении традиционных хирургических методов, что указывает на несомненные преимущества плазменных технологий в профилактике рецидивов данного заболевания.

## УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНЕМИИ И ТЕМП ДЕКОМПРЕССИИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Момунова О.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить допустимый уровень билирубинемии и оптимальный темп декомпрессии желчных протоков (ЖП) перед выполнением операции при механической желтухе опухолевой этиологии (МЖЭО).

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных 214 больных МЖЭО (2004-2010 гг.), которым были выполнены паллиативные вмешательства (n=161: билиодигестивные анастомозы — 86, стентирование — ЖП — 75), радикальные операции (n=54: панкреатодуоденальные резекции — 36, резекцией ЖП, печени при опухоли Клацкина — 18). Предварительную декомпрессию ЖП выполнили 185 больным: назобилиарное дренирование (НБД) — 85, чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) — 37, холецистостому (ХС) — 63. Темп декомпрессии рассчитывали по формуле Т. Shimizu в нашей модификации:

$$B = -100 \times \frac{(\ln y - \ln A)}{x},$$

где В — темп декомпрессии, А — исходный уровень билирубинемии, у — уровень после декомпрессии, х — количество дней после декомпрессии, -100 поправочный коэффициент.

Быстрый темп определили при  $B > 9$ , средний — при  $9 > B > 5$ , медленный при  $5 > B$ . Для статистической обработки данных использовали пакет «Статистика 6», США (сравнивали осложнения и летальность больных, перенесших вышеуказанные вмешательства, выполнили корреляционный анализ и анализ взаимосвязи уровня билирубина и результатов операции).

**Результаты.** Отмечено резкое увеличение частоты осложнений ( $p < 0,05$ ) и летальности при уровне общего билирубина выше 120 мкмоль/л при паллиативных вмешательствах и выше 60 мкмоль/л — при радикальной операции. После паллиативных вмешательств при уровне билирубина  $\leq 120$  мкмоль/л (n=82) частота осложнений составила 8,5%, летальность — 3,7%; при билирубинемии  $> 120$  мкмоль/л (n=79) — 35,4% и 6,3% соответственно. После радикальных операций при

уровне билирубина  $\leq 60$  мкмоль/л (n=34) частота осложнений была 32,3%, летальность — 5,9%, при билирубинемии  $> 60$  мкмоль/л (n=20) — 60% и 15% соответственно.

После НБД достоверное снижение уровня общего билирубина отмечено на 6 сутки декомпрессии (с  $213,0 \pm 14,6$  до  $156,9 \pm 15,9$  мкмоль/л). Уровень ферментов печени достоверно снижался на 9-12 сутки. Давление в ЖП снижалось к седьмому дню до  $130 \pm 14$  мм вод. ст. Отмечался медленный темп декомпрессии ( $B = 4,6$ ). После ЧЧХС снижение билирубина и печеночных ферментов происходило на 3-и сутки декомпрессии (с билирубинемии  $261,8 \pm 24,6$  до  $200,1 \pm 21,9$  мкмоль/л). Давление в ЖП на 2-е сутки составило  $80,2 \pm 9,9$  мм вод. ст., отмечался быстрый темп декомпрессии ( $B = 10$ ). После ХС достоверное снижение билирубина наблюдали на 3-и сутки декомпрессии (с  $185,3 \pm 16,8$  до  $132,4 \pm 16,7$  мкмоль/л). Ферменты печени снижались на 6-е сутки дренирования. Давление в ЖП снизилось до  $82,1 \pm 9,3$  мм вод. ст. на 2-е сутки. Темп декомпрессии был быстрый ( $B = 9$ ).

Частота осложнений и летальность после медленной декомпрессии (НБД) была ниже — 2,3% и 1,2% соответственно, чем при быстром темпе (при ЧЧХС 16,2% и 13,5%, при ХС — 9,5% и 7,9% соответственно),  $p < 0,05$ ; частота осложнений после последующей операции — 14,1% и 34,5% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Допустимый уровень билирубинемии перед операцией у больных МЖЭО зависит от тяжести предстоящей операции: при радикальной операции его целесообразно снизить до 60 мкмоль/л, при паллиативной — до 120 мкмоль/л.

Медленный темп декомпрессии сопровождается достоверно меньшим числом осложнений и летальности и может быть рекомендован больным с механической желтухой опухолевой этиологии, особенно, при высоком уровне билирубинемии. Медленный темп декомпрессии может быть создан с помощью изменения длины и диаметра дренажной трубки.

## КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Муравьев П.Т., Корытная А.Ю.

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Украина

**Актуальность.** Несмотря на успехи в диагностике, прогнозировании течения и выбора адекватного объема лечения, осложненный острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается сложной задачей острой хирургической панкреатологии в настоящее время. Возрастающая потребность организма в энергии, белке и микроэлементах в условиях прогрессирующего синдрома гиперкатаболизма требует выполнения коррекции белково-энергетического дисбаланса извне.

**Целью** настоящего исследования было сравнение эффективности существующих методов коррекции белково-энергетической недостаточности в комбинированном хирургическом лечении больных осложненным острым деструктивным панкреатитом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ комплексного хирургического лечения 137 больных с осложненным ОДП. В основной группе наблюдения (53 (38,7%) больных) оперативное лечение, внутривенную и внутриартериальную инфузионную терапию дополняли ранней энтеральной коррекцией белково-энергетического дисбаланса. В контрольной группе эти методы дополняли общепринятым энтеральным питанием (47 (34,3%) больных). Возраст больных составил от 26 до 70 лет. Мужчин было 84 (61,3%), женщин — 53 (38,7%).

Верификацию диагноза ОДП осуществляли на основании данных общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, проводили оценку трофологического статуса.

Ограниченный панкреонекроз выявили у 46 (33,6%) больных, распространенный — у 78 (56,9%), субтотальный — у 9 (6,6%) и тотальный — у 4 (2,9%) больных. У 70 (51,1%) больных диагностировали асептический панкреонекроз, постнекротические псевдокисты выявили у 11 (8,0%) больных, постнекротический парапанкреатический инфильтрат (ППИ) — у 20 (14,6%), инфицированный панкреонекроз — у 36 (26,3%) пациентов. Исходом ППИ явилась регрессия инфильтрата у 4 больных, асептическая секвестрация — у 9 больных и септическая секвестрация — у 7 больных.

**Результаты.** Всем больным с момента поступления комплексное хирургическое лечение начина-

ли с мощной консервативной терапией. Селективную внутриартериальную (внутриорральную) терапию обязательно дополняли введением антиферментных (гордокс до 200 тыс ЕД/сут) препаратов для проведения плазмафереза.

При асептическом панкреонекрозе лапароскопические санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнили 70 (51,1%) больным, дренирование параколярных пространств — 29 (21,2%) больным. Лапароскопическую холецистэктомию выполнили 27 (37,3%) больным, эндоскопическая папиллосфинктеротомия — 19 (13,9%) больным. Пункционно-дренирующие УЗИ-контролируемые миниинвазивные вмешательства выполнили у 11 (8,0%) больных. 9 (6,6%) больным с исходом ППИ в виде асептической секвестрации и 7 (5,1%) больным с исходом ППИ в виде гнойно-септической секвестрации (из контрольной группы) выполняли миниассистированные миниинвазивные хирургические вмешательства в различных режимах.

36 (26,3%) больным с осложненным гнойным панкреатитом выполнили «открытые» хирургические вмешательства.

В группе ретроспективного анализа (37 (27,0%) больных) проводили парентеральную коррекцию белково-энергетической недостаточности из расчета 35-47 ккал/кг/сут. Инфицирование очагов панкреонекроза отмечено у 18 (52,9%) больных. Летальность составила 32,4% (12 больных).

Больным основной и контрольной групп проводили энтеральное питание. В основной группе применяли предложенную нами питательную смесь на основе «Берламина» (Патент Украины №56515) по разработанной схеме (Патент Украины №57249). Инфицирование очагов панкреонекроза отмечено у 7 (13,2%) больных. Летальность составила 11,3% (6 больных).

В контрольной группе в качестве основной смеси использовался «Берламин» в начальном объеме 50-70 мл 4-6 раз в сутки. Инфицирование очагов панкреонекроза наблюдалось у 10 (21,3%) больных. Летальность составила 14,9% (7 больных).

## ИЗУЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОЙ СПОСОБНОСТИ СТАФИЛОКОККОВ И ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НИХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Онзуль Е.В., Перьянова О.В., Теплякова О.В.

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

В послеоперационном периоде в комплексной терапии больных инфицированным панкреонекрозом обязательным условием благоприятного исхода заболевания является установка дренажей брюшной полости. В связи с тем, что дренажи находятся в ране длительное время, возникает риск их контаминации и формирования на них биопленок — структурированных сообществ бактериальных клеток, заключенных в полимерный матрикс и прикрепленных к инертным или живым поверхностям. Такие сообщества, по сравнению с обычными лабораторными культурами, характеризуются измененным спектром экспрессии генов и обладают повышенной устойчивостью к факторам внешней среды. С позиции клинической практики актуальной является резистентность микроорганизмов к антимикробным агентам, в том числе к антибиотикам и антисептикам. Известно, что *Staphylococcus aureus*, в том числе MRSA, обладают способностью образовывать биопленки.

**Цель исследования.** 1. Изучение особенностей образования биопленок типовыми культурами: *Staphylococcus aureus* 209 P, *Staphylococcus aureus* 25923 и клиническими штаммами MRSA на различных дренажных материалах — силиконовые трубки, латекс, поливинилхлорид. 2. Влияние антисептиков (плавасепта, мирамистина, лавасепта, озонированного физиологического раствора) на анализируемые биопленки.

**Материалы и методы.** Из исследуемых дренажных материалов готовили диски и помещали в 96 луночную полистироловую панель. Исследуемые культуры вначале выращивали на L-агаре (24 часа), затем пересеивали в L-бульон.

Из бульонных культур готовили разведения 1/100, и вносили в лунки панели. Опыт ставился в 3-х повторностях. Для определения адгезивной способности микроорганизмов на спектрофотометре через 24 часа из лунок удаляли планктонные клетки и биопленки, которые получали путем обработки дренажей ультразвуком ULTRASONIC CLEANER с частотой 47 кГц. Результаты исследований обрабатывали на персональном компьютере с использованием пакета анализа Ms Excel 9.0, с помощью критерия Краскела-Уоллеса, Манна-Уитни в пакете STATISTICA 6.0 (StatSoft). Значения средних величин отображались, как Me (P25; P75).

**Результаты и выводы.** 1. Планктонные формы стафилококков проявляли наибольшую адгезивную активность относительно латекса 427,00 (105,75; 837,50). Между силиконом 12,50 (6,00; 90,75) и поливинилхлоридом 75,00 (17,25; 161,50) статистически значимых отличий выявлено не было, что оставляло возможность выбора между ними, в зависимости от их наличия и предпочтений хирурга. При исследовании биопленок оптимальным материалом для дренирования является поливинилхлорид 400,00 (268; 559). Силикон 540,00 (421,50; 837,50) и латекс 606,00 (450,00; 786,50) уступают ему в одинаковой степени. 2. Все культуры, их планктонные и биопленочные формы, были устойчивы к плавасепту и озонированному физиологическому раствору, чувствительны к мирамистину. MSSA были чувствительны к лавасепту только в планктонной форме, а в составе биопленки — устойчивы; MRSA же сохраняли устойчивость к лавасепту во всех формах.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЖИВОТА

Орлов С.А

Красноярский государственный медицинский университет, Красноярск, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности морфологических изменений в стенке желчного пузыря у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, в зависимости от формы живота.

**Материалы и методы.** Выполнено анатомическое обследование 54 женщин в возрасте 23—81 года. Из них в исследуемую группу вошли 35 женщин, которые находились на стационарном лечении в Дорожной клинической больнице на ст.



Красноярск, с диагнозом: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Всем больным произвели лапароскопическую холецистэктомию. В контрольную группу вошли 19 женщин, не имеющих патологий гепатопанкреатобилиарного тракта. При исследовании использовали методику определения формы живота по В.М. Жукову. Операционный материал подвергали гистологическому исследованию.

**Результаты.** В исследуемой группе форму живота, расширенную вверх, выявили у 62,9%, овоидную — у 20,0%, расширенную вниз — у 17,1% обследуемых.

В контрольной группе больных форма живота, расширенная вверх, выявлена у 47,4%, овоидная — у 15,8%, расширенная вниз — у 36,8% обследуемых.

При изучении морфологической картины стенки удаленного желчного пузыря, выявлено два вари-

анта: «хронический холецистит вне обострения», «хронический холецистит в фазе обострения, с перихолециститом».

В первой группе 26 человек, из них с расширенной формой живота вверх — 53,8%, с расширенной вниз — 23,1%, с овоидной — 23,1%.

Вторую группу составили 9 человек, из них с расширенной формой живота вверх — 88,9%, с овоидной формой живота — 11,1%.

**Выводы.** Таким образом, среди больных желчнокаменной болезнью с формой живота, расширенной вверх, при гистологическом исследовании стенки желчного пузыря чаще имеет место хронический холецистит в фазе обострения, поэтому, можно предположить, что у таких пациентов чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита. Это является поводом для научных исследований патогенетических механизмов возникновения хронического холецистита.

## ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ, КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ

Орловский Ю.Н.

*Белорусская медицинская академия постдипломного образования,  
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии,  
колопроктологии и лазерной хирургии,  
Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь*

**Введение.** В настоящее время для диагностики стриктур гепатикоюноанастомозов (ГЕА) на петле тощей кишки по Ру рутинно используют такие распространенные методы исследования, как ЧЧХГ и МР-холангиографию (МРХГ). Однако достоверно судить о патологических изменениях в зоне ГЕА по данным этих методов не представляется возможным. В последние годы с этой целью стали применять двухбаллонную энтероскопию (ДБЭ), которая четко определяет характер и выраженность патологических изменений со стороны ГЕА.

**Цель исследования.** Сообщить о первом опыте ДБЭ-исследования петли тощей кишки после реконструктивных операций на желчевыводящих путях и выполнения малоинвазивных вмешательств в этой зоне.

**Материалы и методы.** В РЦ РХГ, КП и лазерной хирургии с 2009 г. 17 пациентам с подозрением на холангит и/или стриктуру ГЕА на петле тощей кишки был проведен осмотр ГЕА через последнюю. При достижении соустья у ряда больных выполнили ретроградную ХГ, а также литоэкстракцию и лазерную вапоризацию стриктуры ГЕА. Возраст пациентов варьировал в пределах от 37 до 66 лет. Ранее больным произвели рекон-

структивные операции на желчевыводящих путях в связи с ятрогенными их повреждениями (15 наблюдений); по поводу «головчатого» псевдотуморозного панкреатита и опухоли головки железы — ПДР по Чайлду (2 наблюдения). Наложение ГЕА на петле с соустьем по Брауну выполнили в 2 случаях, ГЕА на петле по Ру — в 13, ГЕА на петле по Ру после ПДР — в 2 наблюдениях.

**Результаты.** 16 больным в разные сроки после операции выполнили МР-ХГ, по данным которой у 4 из этих пациентов нельзя было исключить стриктуру ГЕА.

Осмотреть зону ГЕА удалось у 8 (47%) пациентов: на петле тощей кишки с соустьем по Брауну — у 2, на петле по Ру после ПДР — у 2, после реГЕА на петле по Ру — у 4. При осмотре соустья выяснено, что в 4 случаях анастомоз функционировал адекватно и диаметр его оставался широким, что исключало стриктуру ГЕА, ранее диагностированную по данным МРХГ. Диагностическая эффективность ДБЭ-холангиоскопии при наличии петли с соустьем по Брауну составляла 100%, при наличии петли по Ру — 50%.

9 пациентам, которым не удалось визуализировать область ГЕА, и больным с осмотром соустья

производили забор желчи для бактериологического исследования и биопсию стенки петли по Ру. В 2 наблюдениях диагностировали кандидозный холангит. У 10 пациентов, при наличии неизменной желчи в дистальных отделах петли по Ру, патология со стороны ГЕА была исключена, что подтверждено результатами МРХГ.

В 3 наблюдениях в 2010 году во время проведения ДБЭ при отчетливой визуализации стриктуры ГЕА выполнили лазерную реканализацию с использованием хирургического лазера «МУЛ-1». Диаметр анастомоза с выраженными рубцовы-

ми изменениями в этих наблюдениях варьировал в пределах от 2,5 до 5 мм.

**Выводы.** Осмотр петли тощей кишки и ГЕА с помощью ДБЭ является перспективным методом исследования и выполним в 50-100% случаев в зависимости от вида реконструкции; МРХГ после формирования ГЕА в ряде наблюдений дает ложноположительные данные в пользу стриктуры соустья. Лазерная реканализация стриктуры ГЕА является новым эффективным малоинвазивным способом ликвидации билиарной гипертензии.

## ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И ДИССЕМИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения и разработка методов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии у больных с рецидивным и диссеминированным эхинококкозом печени.

**Материалы и методы.** За период с 1998 по 2008 гг. на кафедре хирургических болезней 6 АГМИ находились на лечении 116 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Рецидивный эхинококкоз печени выявили у 78 больных, рецидивы с диссеминацией эхинококкоза печени — у 38. Мужчин было 38, женщин — 78. Всем больным провели целенаправленные клинично-лабораторные исследования, рентгенографию органов грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ и, по показаниям, МРКТ.

Выбор доступа определяли локализацией, распространенностью и тяжестью состояния больных. При локализации кист в VI-VII-VIII сегментах печени использовали косой правоподреберный доступ (58 больных). При локализации в III-IV сегментах использовали верхнесрединную лапаротомию (56

больных), дополняя ее рассечением круглой и серповидной связок.

При ликвидации остаточной полости чаще использовали капитонаж (у 20 больных) и инвагинацию фиброзной капсулы (у 17). Полузакрытую эхинококкэктомию с проточным дренированием выполнили 65 больным. Тампонаду большим салником произвели 4 больным, тампонаду полости кисты круглой связкой печени, применяемую при локализации кист в I-IV-V сегментах вблизи ворот печени, — 10 больным. До и после операции проводили химиотерапию альбендазолом и метронидазолом.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения развились у 14 больных. Осложнения общего характера были у 8 больных, местного характера — у 6 больных.

**Заключение.** Улучшение результатов хирургического лечения и профилактика рецидивов и диссеминации эхинококкоза печени зависит от выбора индивидуального для каждого больного оптимального доступа и надежной ликвидации остаточной полости.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рамазанова А.Р.

Российский университет дружбы народов,  
Городская больница №17, Москва, Россия

**Цель исследования.** Показать результаты холецистэктомии из минилапаротомного доступа

у больных старше 60 лет с сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

**Материалы и методы.** За 12 лет в Городской больнице №17 г. Москвы холецистэктомии начинали из минилапаротомного доступа (МХЭ) у 504 больных в возрасте старше 60 лет, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. У 94,6% больных операция завершилась из минидоступа. Конверсия доступа потребовалась у 27 (5,4%) больных. Женщин было 437 (91,6%), мужчин — 40 (8,4%), возраст больных варьировал в пределах от 60 до 87 лет (средний возраст составил 67,5 лет). В плановом порядке оперировано 255 (53,5%) больных, по срочным показаниям — 16 (3,3%), в отсроченном периоде — 206 (43,2%) пациентов. Симультанные операции выполнены 24 (5,0%) больным.

По поводу хронического холецистита оперированы 249 (52,2%) больных, острого калькулезного холецистита — 179 (37,5%), острого деструктивного холецистита — 49 (10,3%). На органах брюшной полости ранее были оперированы 183 (38,4%) пациента.

Наблюдали следующие заболевания органов сердечно-сосудистой системы: ИБС — у 122; гипертоническая болезнь — у 64; атеросклероз — у 50; нарушения ритма сердца — у 30; два и более сопутствующих заболевания выявлены у 211 больных.

**Результаты.** При МХЭ длина кожного разреза в среднем составила 3,1 см, средняя продолжительность операции — 58,1 мин.

Интраоперационные осложнения имели место у 6 (1,2%) больных: повреждение печени (3), десерозирование толстой кишки (1), кровотечение из пузырной артерии (1), травма брыжейки и тонкой кишки (1).

Послеоперационные осложнения возникли у 27 (5,6%) больных: гематома раны — 10, серома раны — 11, гематома подпеченочного пространства — 2 (успешно сделаны релапаротомии), гематома ложа желчного пузыря — 1, перитонит — 1, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость — 1, тромбоэмболия легочной артерии — 1.

Летальность после МХЭ составила 0,2% (умер 1 больной от тромбоэмболии легочной артерии).

**Выводы.** При желчно-каменной болезни у больных в возрасте старше 60 лет с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно выполнять МХЭ. Частота осложнений и госпитальная летальность после холецистэктомии из минидоступа минимальны. Методика МХЭ близка к традиционной холецистэктомии, ею легко овладеть и она требует минимальных затрат.

## ОСТРЫЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Свитина К.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С.

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

**Цель исследования:** улучшение диагностики послеоперационного панкреатита (ПП) у больных, оперированных на поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 302 больных, оперированных в 2007-2009 гг. 166 (55%) больных были со злокачественными и доброкачественными опухолями ПЖ и 136 (45%) — с хроническим панкреатитом. ПП возник у 178 пациентов (58,9%).

**Результаты.** Характерными признаками ПП у 178 (58,9%) пациентов в первые сутки после операции являлись: появление застойного отделяемого по назогастральному зонду — у 17 (9,5%); выделение темно-бурого или цвета «мясных помоев» экссудата из брюшной полости — у 68 (38,2%); повышение уровня амилазы в отделяемом по дренажам — у 85 (47,7%) и в плазме крови — у 18 (10,1%), что составило 1500 ед\л и 790 ед\л соответственно. Увеличение уровня амилазы крови в первые сутки после операции не

является абсолютным признаком возникновения острого панкреатита. При УЗИ в это время у всех больных обнаруживали отек и увеличение размеров ПЖ — у 133 (74,7%) больных, наличие жидкостных скоплений вокруг железы и в области сальниковой сумки — у 69 (38,7%). КТ в это время не производили.

На 2-3 сутки регистрировали развернутую клиническую картину ПП с преобладанием проявлений эндогенной интоксикации. Активность амилазы в крови не снижалась у 73 больных. Гастростаз и паралитическая кишечная непроходимость сохранялись. При КТ в зоне операции обнаруживали зону инфильтрации с неомогенностью тканей, без четко дифференцированной структуры — 17 (9,5%). Неравномерность накопления контрастного вещества позволяла точно оценить степень поражения ПЖ.

К исходу 3-4 суток состояние 105 больных улучшилось. При выполнении УЗИ и КТ был отмечен регресс признаков ПП, уменьшение отека

и инфильтрации паренхимы ПЖ. Клинические и специальные методы обследования позволили сделать вывод о перенесенной больными отечной форме ПП.

Панкреонекроз развился у 73 оперированных больных. Клиническая картина панкреонекроза отличалась более выраженными проявлениями, вплоть до перитониальной симптоматики, выраженной нестабильностью гемодинамики, обусловленной эндогенной интоксикацией. Степень поражения позволяли оценить инструментальные методы диагностики — УЗИ и КТ брюшной полости и определение фермента в сыворотке крови.

Любые вмешательства на ПЖ могут приводить к развитию панкреатита в ближайшем послеоперационном периоде. Тем не менее, в 2 наблюдениях после выполнения робот-ассистированных дистальных резекции данных за развитие ПП получено не было.

Диагноз ПП подтвержден во время повторных операций у 22 (12,3%) больных и при аутопсии в 13 (7,3%) случаях. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что развитие панкреонекроза закономерно приводило к несостоятельности анастомозов — 26 (14,6%) наблюдений, это явилось причиной аррозионного кровотечения у 13 (7,3%) больных.

**Заключение.** Клиническая картина ПП отличается разнообразием и нечеткостью. Это связано с тем, что возникает данное осложнение в комплексе различных физиологических и патологических изменений. Вследствие этого профилактика и диагностика послеоперационных осложнений, определение лечебной тактики и показаний к повторному вмешательству после ранее перенесенного вмешательства на поджелудочной железе является в настоящий момент актуальной проблемой и требует дальнейшего обсуждения.

## МСКТ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Скипенко Т.О., Ким С.Ю., Калмыкова Ю.А.

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

Недостаточный объем планируемого остаточного фрагмента печени в 20% случаев является причиной отказа от ее резекции. Для решения этой проблемы в качестве первого этапа хирургического лечения используют эмболизацию или перевязку правой воротной вены с целью компенсаторной гипертрофии остающейся доли при уникальной регенерационной способности органа.

**Цель исследования:** показать возможности МСКТ в определении объемов долей печени и метастатических очагов.

**Материалы и методы.** В исследование включены 52 пациента с установленным диагнозом метастазы колоректального рака в печень, которым выполнили динамическое МСКТ-исследование органов брюшной полости с контрастным усилением. Мужчин было 23, женщин — 29. Средний возраст обследованных пациентов составил  $57 \pm 8,4$  лет. По результатам исследований оценивали характер очаговых изменений печени с подсчетом количества и размеров очагов (анализ постконтрастных томограмм и градиента накопления контрастного вещества); общий объем паренхимы печени с отношением к объему правой и левой долей, левого латерального сектора печени.

**Результаты.** Синхронное метастазирование в печень диагностировали у 33 (63%) больных.

Билобарное поражение печени было в 33 (63%) наблюдения. Количество очагов находилось в интервале от 1 до 13 (медиана — 3) с медианой максимальных диаметров 38,5 мм (от 15 до 130 мм).

Эмболизацию правой ветви воротной вены произвели 7 больным, перевязку — 23, перевязку с удалением метастатических очагов — в 22 наблюдениях. Одномоментное проведение перевязки ветвей воротной вены с радиочастотной деструкцией на первом этапе лечения выполнили 5 пациентам. Исходные показатели по объемам печени были доступны для 35 пациентов, в среднем они составили: общий —  $1403 \text{ см}^3$  (от 895 до  $2080 \text{ см}^3$ ); правой доли  $1049 \text{ см}^3$  (от 682 до  $1792 \text{ см}^3$ ), левой доли  $446 \text{ см}^3$  (от 213 до  $903 \text{ см}^3$ ). Объем левого латерального сектора у 19 больных в среднем составил  $238 \text{ см}^3$  (от 120 до  $642 \text{ см}^3$ ).

После окклюдизирующих вмешательств на правой ветви воротной вены через 4 недели (от 4 до 24 недель) объемы печени составили: правой доли  $894 \text{ см}^3$  ( $p=0.037$ ), левой доли  $548 \text{ см}^3$  ( $p=0.007$ ). Медиана прироста левой доли составила 11%, а интервал значений — от 0% до 44%. Этот результат позволил провести второй этап хирургического лечения у 32 (73%) пациентов в объеме правосторонней гемигепатэктомии или расширенной правосторонней гемигепатэктомии у 6 (27%)



пациентов. Основными причинами отказа от резекции печени в 14 наблюдениях стала: прогрессия заболевания — у 11 (79%) пациентов, недостаточный прирост левой доли — у 1 (7%) и декомпенсация сопутствующих заболеваний — у 2 (14%) больных.

**Выводы.** В оценке результатов динамической МСКТ органов брюшной полости у больных с метастатическим поражением печени и перевязкой ветвей воротной вены расчет объемов долей печени может использоваться в определении показаний к проведению эффективной резекции.

## ФОРМЫ ЭРИТРОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Стрижков Н.А.

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

Мембрана эритроцитов весьма чувствительна к изменению концентрации токсических веществ, появляющихся в крови при различных заболеваниях. Существует большая группа веществ, приводящих к стоматоцитарной или эхиноцитарной трансформации клеток. Известно, что желчные кислоты приводят к эхиноцитарной трансформации. После удаления веществ, вызывающих эхиноцитарную или стоматоцитарную трансформацию, эритроциты вновь приобретают дисковидную форму. Данное свойство может быть критерием оценки эффективности проводимой терапии.

**Цель исследования:** изучить состояние форм эритроцитов при проведении интенсивной терапии у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Капиллярная кровь по экспресс методике «толстой капли» (ЭМТК) (Патент РУз №DГУ 01195) изучена у 10 пациентов, получающих интенсивную терапию с диагнозом ЦП, портальная гипертензия (ПГ), варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 3 ст., осложненное кровотечением. После прокола скарификатором подушечки безымянного пальца кровь собирали в стерильный пенициллиновый флакончик с 2 мл фиксирующего 2,5% раствора глутарового альдегида на фосфатном буфере (рН — 7,4). Нативную неокрашенную кровь исследовали с помощью микроскопов Биолам-И и Люмам-И2 при соответствующем увеличении.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что при цирротических изменениях печени периферическая кровь реагирует изменением процентного соотношения эритроцитов с нормальной и патологической формой. Проведенные подсчеты показали, что у пациентов с ЦП, ПГ, ВРВП 3 ст.

после кровотечения наблюдается уменьшение количества дискоцитов до 65% и увеличение числа патологических форм на 14%.

При тяжелых формах течения данной патологии содержание дискоцитов снижается. При стабильном течении патологического процесса содержание дискоцитов обычно выше, чем при обострении.

Анализ полученных данных показал, что выраженные проявления пойкилоцитоза и анизоцитоза на наш взгляд играют важную положительную роль в формировании процессов тромбообразования при кровотечении из ВРВП. С другой стороны, форма эритроцита является зеркалом его функционального состояния, а прогрессирование патологических трансформаций на фоне сниженных показателей гемоглобина и гематокрита еще больше усугубляет и без того нарушенные кислородтранспортные свойства крови. Этим и объясняется увеличение степени гипоксии и тяжесть клинического статуса.

При проведении интенсивной терапии отмечали увеличение числа дискоцитов с уменьшением выростов и углублений, наблюдали сглаженность мембран эритроцитов с уменьшением содержания необратимых и лизированных форм.

**Выводы.** В результате исследования выявлено, что у больных с циррозом печени, портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода имеется значительное изменение соотношения числа нормальных к патологически измененным формам эритроцитов, в сторону выраженного преобладания последних. Проведение интенсивной терапии в полном объеме приводит к выраженному восстановлению соотношения эритроцитов периферической крови и значительному уменьшению числа патологических и необратимых форм.

## ВЫБОР СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Стукан С.С., Росохай А.В.

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

**Цель исследования:** выяснить особенности распространения гнойно-воспалительного процесса по забрюшинному пространству (ЗП) в зависимости от разных форм разгерметизации протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ); влияние разных способов дренирования и дренажей на результаты лечения септического острого деструктивного панкреатита.

**Материалы и методы.** Проведенный анализ результатов лечения 596 пациентов с гнойными осложнениями острого панкреатита (ГО ОП) (в период с 1980 по 2010 гг.) позволил разделить пациентов на 8 групп в зависимости от различной лечебной тактики, и, в частности, способов дренирования.

Хирургическую коррекцию эндогенной интоксикации при ГО ОП проводили с момента установления диагноза после интенсивной предварительной предоперационной подготовкой на протяжении 2-4 дней. Первое оперативное вмешательство выполняли в сроки от 10 до 37 суток от начала заболевания ОП.

**Результаты.** На основании накопленного клинического материала оценили распространенность гнойно-воспалительного процесса по забрюшинному пространству, что позволило обосновать анатомические предпосылки этого процесса. Выделяем два слоя параколон — передний и задний, они разделены фасцией Тольдта. Задний параколон (ЗПК) содержит жировую клетчатку. Передний параколон (ППК) ограничен сзади фасцией Тольдта, а спереди — восходящей или нисходящей ободочной кишкой с их фиксированными «брыжейками». ППК заполнен рыхлой соединительнотканной клетчаткой, в отличие от ЗПК, который сообщается с ложем ПЖ, где залегает двенадцатиперстная кишка (ДК) и ПЖ, поэтому имеется беспрепятственная

возможность распространения экссудата из задних фистул протоковой системы ПЖ при ОП в передний левый или правый параколон. Распространение гнойно-некротических очагов по ППК книзу справа может достигать слепой кишки, а слева — сигмовидной. Третьим направлением распространения парапанкреатита является центральное — в корень брыжейки поперечной ободочной или тонкой кишки. Из ППК при разрушении фасции Тольдта воспалительный процесс может переходить в ЗПК, а из него и в паранефрон. На основе этого были разработаны способы дренирования ЗП и ложа ПЖ.

Подходы к лечению ГО ОП были различны. Чем позже возникали ГО, тем относительно благоприятнее был их исход. Так, летальность после операции в ранние сроки (на 10–16 день заболевания) была в 2,2 раза выше, чем в более поздние сроки. Наиболее неудовлетворительные результаты были получены при дренировании очага гнойного поражения через лапаротомную рану с использованием тампонов и резиновых трубок — 78,4%, а через контрапертуры на передней брюшной стенке — 69,2%, поясничной области — 68,9%. Летальность при открытой лапаростомии была 45,8%, при программированных лапаростомиях — 40,9%. Дренирование переднего параколон по разработанной методике позволило снизить неудовлетворительные результаты лечения до 14,8%, а дополнение лечения аппликационной сорбцией силиксом и применение спаренных дренажей — до 8,9%. Аналогичное дренирование ложа ПЖ составило соответственно 12,6% и 8,3%.

**Заключение.** Наиболее частым поражением ЗП при ГО ОП является нагноение ППК, что требует адекватного дренирования с использованием спаренных дренажей и сорбента силикса для проведения аппликационной сорбции.

## ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Стукан С.С., Росохай А.В.

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

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) путем применения максимально ранней комплексной терапии, направленной на подавление

бактериальной флоры, а также прерывание и ограничение развития деструктивного процесса в поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** Наблюдали 608 боль-

ных ОП: с легким течением заболевания — 208 (34,2%), со средним — 241 (39,6%) и с тяжелым — 159 (26,2%). Для определения тяжести течения ОП были использованы модифицированные критерии J.H. Ranson. Для профилактики инфицирования асептического панкреонекроза (ИАП) использовали внутримышечное (ВМ), внутривенное (ВВ), эндолимфатическое (ЭЛ) и внутривнутрижелудочное (ВЖ) введение антибактериальных препаратов (АП). Наряду с использованием АП особое значение придавалось использованию метронидазола или нитазола. По нашим экспериментальным данным при ОДП вследствие развития полиинтоксикации и динамической формы кишечной непроходимости, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) становится основным источником бактериемии и прицельной транслокации микроорганизмов в очаги деструкции с током лимфы и крови. ВЖ введение АП позволяет в определенной мере блокировать развитие бактериальной флоры в верхних отделах ЖКТ, что перекрывает транспротоковый путь инфицирования очагов некроза ПЖ. При преимущественной разгерметизации протоковой системы задней поверхности ПЖ особую роль придавали ЭЛ введению АП, что позволяло блокировать развитие микрофлоры и профилактировать возникновение флегмон в забрюшинном пространстве (ЗП). ВМ или ВВ введение АП направлено на борьбу с микрофлорой, поступающей в кровяное русло из кишечника и других источников, что профилактирует и оказывает лечебное действие на возникшие очаги гнойного поражения в ПЖ и ЗП. С целью профилактики ИАП использовали методы введения АП в комплексе. Проведенный анализ введения АП

показал, что в развитии гнойных осложнений (ГО) важную роль играет тяжесть течения заболевания. При легком течении заболевания ГО не наблюдали независимо от методов введения АП. У больных со средним и тяжелым течением заболевания выявили зависимость от сроков начала лечения ОП. У 138 больных, которые поступили в клинику в первые 6-12 часов со средней тяжестью заболевания, комплексное лечение выполняли в ранние сроки, частота ГО достигала 8,2%. В группе пациентов с более поздними сроками госпитализации ГО наблюдали в 28,3%. Дополнение к ВВ введению АП энтеральным и ЭЛ путем снижало количество осложнений у больных с ранней госпитализацией до 3,4%, с поздней — до 10,8%. При тяжелом течении ОП с более распространенными деструктивными изменениями у 139 больных применялось только парентеральное введение АП. Число ГО с ранними сроками госпитализации достигало 28,1%, а при поздних сроках госпитализации у 119 пациентов — 66,5%. Использование всех четырех путей введения АП позволило снизить частоту ГО у больных с тяжелым течением ОП при ранней госпитализации до 8,7%, а у больных с поздней госпитализацией — до 24,7%.

**Заключение.** Лечение больных с ОДП должно быть комплексным и включать с первых часов заболевания профилактическое применение АП путем их ВВ, ЭЛ и ВЖ введения, а также препаратов, которые обеспечивают функциональный покой ПЖ, что приведет к ограничению деструктивных изменений. Комплексная консервативная терапия ОДП включала строгое соблюдение голода, сроки которого определяются степенью тяжести заболевания.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТРЕТЬЕГО ТИПА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сунцова В.Е., Леднева А.В.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

**Цель исследования.** Несмотря на распространенность заболевания, в тактике лечения острого панкреатита до настоящего времени остается много спорных вопросов: отсутствует единая концепция определения показаний и объема оперативного лечения, нет общепринятых схем консервативной терапии. Число больных острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и по разным статистическим данным варьирует в пределах от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения в год. Деструктивные формы панкреатита развиваются у 30% больных с воспалением поджелудочной железы. Эпидемиология вторичного сахарного диабета

при патологии поджелудочной железы, в частности при панкреатитах, изучена недостаточно. Известно, что преходящая гипергликемия при остром панкреатите развивается приблизительно в половине случаев, а устойчивая гипергликемия после перенесенного острого панкреатита сохраняется с частотой до 15%. Отсутствие толерантности к глюкозе выявляют у 9-70% больных острым панкреатитом; широкий диапазон распределения частоты показателей связан с различными критериями интолерантности к глюкозе и этиологическими факторами. Диабет при остром панкреатите характеризуется гипoinsулинемией и гиперглюкагонемией, что может быть

причиной кетоацидоза. Так как эндокринная часть поджелудочной железы обладает значительной резервной способностью, то клиническая манифестация заболевания происходит после разрушения 70-90% клеток. Патогенез сахарного диабета после острого деструктивного панкреатита можно объяснить гибелью части клеток инкреторного аппарата поджелудочной железы, ингибирующим влиянием трипсина, повышением секреции глюкагона. Аутоиммунный компонент в развитии вторичного диабета при остром панкреатите отсутствует.

**Материалы и методы.** В ГУЗ «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска в 2010 году на лечении по поводу панкреонекроза находилось 26 больных в возрасте от 25 до 83 лет, из них мужчин было 15 (57,7%), женщин — 11 (42,3%). Летальность составила 46,1%. Гипергликемию в течение заболевания наблюдали у 15 (57,7%) пациентов. В 6 (40%) случаях она носила преходящий характер и исчезала на фоне лечения панкреатита к моменту выздоровления. У 5 (33,3%) больных к моменту выписки гипергликемия сохранялась, а 2 (7,4%) пациентам впервые был выставлен диагноз — вторичный панкреатогенный сахарный диабет, как осложнение панкреонекроза; 6 (50%) пациентов с гипергликемией умерли. У 11 из 15 пациентов гипергликемию

корректировали введением препаратов инсулина. Не всегда повышение сахара в крови наблюдали в первые дни заболевания. Часто гипергликемия встречалась при распространении некроза на паранкреатическую клетчатку и вглубь ткани самой поджелудочной железы, то есть при усугублении процесса, что подтверждалось с помощью УЗ-диагностики, компьютерной томографии и при санационных релапаротомиях. По шкале тяжести панкреатита Ranson гипергликемия  $>11,0$  ммоль/л в первые 24 часа заболевания свидетельствует о тяжести течения острого панкреатита. Стойкая гипергликемия свидетельствует об обширности некроза поджелудочной железы, а ее уровень свыше 6,9 ммоль/л является неблагоприятным прогностическим фактором.

**Выводы.** При панкреонекрозе часто наблюдается преходящая или устойчивая гипергликемия. Исходом тяжелых случаев панкреонекроза может развиваться вторичный панкреатогенный сахарный диабет (3 типа). Коррекция гипергликемии при деструктивном панкреатите сводится к лечению основного заболевания, при метаболических нарушениях в организме, сопровождаемых гипергликемией свыше 11,1 ммоль/л, рекомендуется коррекция уровня гликемии подкожным введением простого инсулина.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тагаева А.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Введение.** В современной хирургии и онкологии особенно актуальна точная диагностика природы кистозного образования на дооперационном этапе. Поэтому возникает необходимость выбора методов, наиболее информативных и достаточных для решения конкретных диагностических задач, и, как следствие, выбора хирургической тактики.

**Цель исследования.** Совершенствование диагностики и дифференциальной диагностики кистозных опухолей поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 46 пациентов с различными кистозными образованиями поджелудочной железы.

Всем пациентам проведено комплексное обследование в объеме: УЗИ, МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием и дооперационная пункционная биопсия с исследованием полученного материала. При этом полученная жидкость была подвергнута не только качественному анализу и цитологическому исследованию, но и исследованию

уровня онкомаркера СА 19-9 и уровня иммуортализации пула клеток, полученной при пункции кист жидкости.

**Результаты.** Проведено проспективное исследование 20 пациентов, и ретроспективный анализ результатов обследования 26 пациентов с различными кистозными образованиями поджелудочной железы: постнекротическую кисту диагностировали у 28 больных, врожденные кисты — у 2 пациентов, солидно-псевдопапиллярную опухоль — у 3; цистаденому — у 10 больных, цистаденокарциному — у 2. Решающее значение при верификации диагноза имела УЗ и КТ оценка капсулы кист, ее кровотока и внутриполостных включений; большую ценность представляет также качественный анализ полученной жидкости, определение уровня онкомаркера СА 19-9 и степени иммуортализации клеток эпителия кисты. Анализ полученных при обследовании данных позволил во всех 18 наблюдениях правильно поставить диагноз кистозной опухоли.



**Заключение.** Комплексное обследование пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы, включающее УЗ и КТ-диагностику, пункцию кисты с исследованием полученного материала, позволяет в преобладающем большинстве наблю-

дений поставить диагноз до операции. Указанный алгоритм позволяет дифференцировать показания и определить оптимальный объем оперативного вмешательства при различных морфологических вариантах кистозных опухолей поджелудочной железы.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Теплых Н.С.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера» Росздрава, Пермь, Россия

**Цель исследования.** Оценить гемодинамические особенности артериальной гипертензии в предоперационном периоде у больных желчнокаменной болезнью.

**Материалы и методы.** Объем наблюдений составил 90 пациентов. Основную группу составили 60 (66,7%) больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), хроническим калькулезным холециститом в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) I-III степени. Группа сравнения — 30 (33,3%) больных изолированной АГ. В исследовании женщин было 78 (86,7%), мужчин — 12 (13,3%). Средний возраст пациентов составил  $60,24 \pm 9,09$  лет. Продолжительность анамнеза артериальной гипертензии в среднем составила  $10,22 \pm 6,29$  лет. Продолжительность ЖКБ —  $5,89 \pm 3,17$  лет. Всем пациентам проводили лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ функции печени и почек). Всем пациентам выполняли исследование центральной гемодинамики (ЦГ) по методике W.I. Kubicek (1966). Полиреокардиографическое исследование включало регистрацию грудной тетраполярной полиреокардиограммы (ПРКГ) с помощью аппаратно-программного диагностического комплекса «Полиреокардиограф-01» (Пермь). Исследовались показатели: сердечный выброс (СИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПС), ударный объем (УО), гидравлическая мощность (ГМ), пик мощности изгнания (ПМИ).

**Результаты.** При анализе данных анамнеза основной группы больных выявлено, что 22 (36,7%) пациента до поступления на плановое оперативное лечение регулярно принимали антигипертензивные препараты. Это позволило разделить группу пациентов в зависимости от терапии АГ на две подгруппы. Первая подгруппа

регулярно принимала антигипертензивные препараты, тогда как пациенты второй подгруппы (38 (63,3%) больных) прием антигипертензивных препаратов осуществляли ситуационно. При анализе клинических данных выявлено, что во II подгруппе больных фиксировали достоверно более высокое АД, чем в I подгруппе. Так в I подгруппе случайное САД составило  $137,72 \pm 12,69$  мм рт. ст., ДАД —  $79,09 \pm 6,83$  мм рт. ст. Тогда, как во II подгруппе САД —  $143,68 \pm 10,76$  мм рт. ст. ( $p=0,058$ ), ДАД —  $85,00 \pm 6,47$  мм рт. ст. ( $p=0,001$ ). Отличия в группах больных изолированной АГ и больных II подгруппы статистически не достоверны.

При исследовании ЦГ у всех пациентов выявили снижение насосной и сократительной функций миокарда. В I подгруппе отмечали достоверно более высокие показатели СИ —  $2,68 \pm 0,8$  (л/мин·м<sup>-2</sup>), тогда как у пациентов II подгруппы СИ составил  $1,89 \pm 0,35$  (л/мин·м<sup>-2</sup>) ( $p=0,000002$ ). Показатель ОПС был достоверно ниже в I подгруппе —  $27,69$  (кПа·с/л)  $\pm 21,62$  (кПа·с/л); во II подгруппе ОПС составил  $207,52 \pm 198,27$  ( $p=0,019$ ). В показателях УО, ГМ и ЧСС достоверных различий не выявлено. Также выявлены достоверные отличия в группах больных изолированной АГ и больных II подгруппы. Так СИ у них составил  $2,12 \pm 0,23$  (л/мин·м<sup>-2</sup>) ( $p=0,0006$ ), а ОПС  $213,13 \pm 18,27$  (кПа·с/л) ( $p=0,0001$ ). В общем анализе крови и мочи изменений выявлено не было.

**Выводы.** Показатели АД не отражают истинную картину состояния сердечно-сосудистой системы у больных коморбидной патологией. Полиреокардиографический метод исследования состояния центральной гемодинамики позволяет дать объективную оценку гемодинамики в процессе предоперационной подготовки больных ЖКБ в сочетании с АГ.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Трынов Н.Н.

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск, Россия

**Цель исследования:** разработать лечебно-диагностический алгоритм у больных с непаразитарными кистами печени и оценить результаты его применения в хирургической практике.

**Материалы и методы.** В исследование включено 54 больных с непаразитарными кистами печени в возрасте 20-65 лет. Для диагностики использовали УЗИ (Алока-5000), МРТ, КТ, пункционную биопсию под контролем УЗИ, диагностическую лапароскопию (по показаниям).

**Результаты.** Лечебно-диагностический алгоритм был разработан с учетом следующих данных: размеры, количество и локализация кист (краевые, интрапаренхиматозные); возраст пациента; наличие сопутствующих заболеваний.

На основании полученных диагностических данных больным проводили разные варианты лечения.

Больным с кистами печени до 3 см (3) осуществляли динамическое наблюдение (УЗИ печени один раз в полгода). В случаях роста кист (4) выполняли склеротерапию 96% этанолом. При размерах кист >3–5 см (34) разной локализации (краевой, интрапаренхиматозной) производили чрескожную пункционную склеротерапию. У больных, имеющих

кисты печени более 5–7 см (7), проводили склеротерапию с последующим наружным дренированием в течение 3–11 суток. В случаях кист печени размером более 7 см с краевым подкапсульным расположением (4) выполняли лапароскопическое иссечение кисты. Причем у больных старшей возрастной группы при наличии сопутствующих заболеваний стремились выполнять чрескожную склеротерапию. У больных с множественными интрапаренхиматозными кистами (1) произвели резекцию пораженной части печени; при солитарной интрапаренхиматозной кисте (1) — вылушивание кисты с ее оболочками. При контрольном УЗИ через 0,5 года у большинства больных (82%) полость кисты не определялась.

**Заключение.** Таким образом, разработанный лечебно-диагностический алгоритм показал эффективность малоинвазивных методов (чрескожная склеротерапия, чрескожное дренирование, лапароскопическое иссечение кист) лечения непаразитарных кист печени (49; 90,7%) и способствовал сокращению числа открытых полостных операций, а также сократил сроки стационарного лечения больных.

## ВЛИЯНИЕ СОРБЦИОННОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с механической желтухой (МЖ) неопухолевого генеза путем включения в комплекс лечебных мероприятий метода энтеросорбции (ЭС) и антиоксидантной терапии (АОТ).

**Материалы и методы.** Изучены результаты анализа комплексного лечения 132 пациентов с неопухолевой МЖ (мужчин было 49 (37,1%), женщин — 83 (62,9%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 19 до 76 лет.

В зависимости от способов лечения, исследуемых больных разделили на 3 группы: I группу составили 36 (27,3%) больных, которым в комплекс лечебных мероприятий включали ЭС энтеросорбентом АУ-К; II группа — 47 (35,6%) больных, которым наряду с ЭС для АОТ использовали препарат на

основе флавоноидных соединений — протеклазид; контрольную группу составили 49 (37,1%) больных, у которых использовали традиционные способы терапии.

**Результаты.** Анализ результатов лабораторных исследований свидетельствовал о снижении уровня лейкоцитов в I и II группах, которое наступило уже на 3-4 сутки после операции и соответственно на 4 и 7 дней раньше, чем в контрольной группе. В I и II группах уровень лейкоцитарного индекса интоксикации достиг нормальных значений на 5-6 сутки после операции. Индекс эндогенной интоксикации у этих больных нормализовался на 5-6 сутки, что на 4-5 дней раньше, чем при традиционном лечении. Нормализация уровня молекул средней массы во II группе наступила на

5-6 сутки послеоперационного периода и в последующем уровень не повышался. Во II группе на фоне комплексного лечения уровень циркулирующих иммунных комплексов снизился более чем в 2 раза относительно исходных данных и было в 1,5 раза ниже, чем в контрольной группе. В I группе больных уровень малонового диальдегида снизился перед операцией на 4,9%, а на 2-3 сутки после операции на 8,8%. Под влиянием проведенного комплексного лечения уровень данного показателя у больных II группы на 2-3 сутки после операции снизился на 23,8% и был достоверно ниже исходного показателя. При поступлении больных в стационар содержание диеновых конъюгатов превышало нормальные показатели в 2 раза. При

традиционном лечении к этому сроку снижение данного показателя происходило медленно (на 8,9%) и даже на 8-9 сутки после операции процесс пероксидации сохранялся. Уровень диеновых конъюгатов у больных II группы перед операцией снизился на 9,7% ( $p < 0,05$ ), а на 2-3 сутки послеоперационного периода в 1,3 раза и достоверно отличался относительно исходных данных.

**Выводы.** При МЖ неопухолевого генеза, в отличие от традиционных способов борьбы с эндогенной интоксикацией и липопероксидацией, ЭС с комбинацией АОТ является простым, доступным и эффективным способом детоксикации и может быть использован во всех общехирургических стационарах.

## РЕЗОНАНСНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ОТЕЧНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Фомин В.С., Евстифеев А.Ю., Акопян А.А., Фомина М.Н., Ковалева Ю.Ю.

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Высокий процент летальности при ОП зачастую обусловлен прогрессирующим циркуляторно-токсическим шоком и развитием полиорганной недостаточности, одним из механизмов развития которой у больных ОП считают внутрибрюшную гипертензию (ВГ).

**Цель исследования.** Оценить возможности применения резонансной стимуляции (РС) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в комплексном лечении ОП.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 42 пациентов, находившихся в период с 2009 по 2011 гг. на лечении во 2 хирургическом отделении 33 ГКБ им. проф. А.А. Остроумова г. Москвы по поводу ОП. Все пациенты были госпитализированы в рамках оказания скорой медицинской помощи с картиной ОП. Тяжесть ОП оценивали согласно критериям Ranson и шкале Араче II. В исследовании преобладали мужчины (86%). Состояние всех пациентов соответствовало средней степени тяжести ОП (Савельев В.С., 2000), то есть отечному панкреатиту и и/или очаговому панкреонекрозу. Основная патогенетическая форма — алкогольный ОП (93%). Были выделены две группы, сопоставимые по возрасту, полу, тяжести состояния и этиопатогенетической форме ОП: основная (20 пациентов) и группа сравнения (22 пациента) с ретроспективным анализом данных. В группе сравнения

проводили стандартное комплексное лечение ОП и очагового панкреонекроза в I фазе согласно приказам №181 и №320 ДЗ г. Москвы. Пациентам основной группы в комплексной терапии острого панкреатита, помимо стандартного лечения (см. группу сравнения), для профилактики роста ВГ проводили ежесуточные сеансы резонансной стимуляции ЖКТ до нормализации показателей ВГ. Уровень внутрибрюшного давления (БД) определяли по Kron с соавт. (1984).

**Результаты.** В ходе определения нормативных значений уровня ВД руководствовались критериями Гельфанд-Савельева (2008), согласно которым интраабдоминальное давление в здоровой популяции не превышало 5 мм. рт. ст. Критерии градации интраабдоминальной гипертензии соответствовали значениям шкалы Burch с соавт. (1996), а также решению Всемирного Конгресса Abdominal Compartment Syndrome (2004). РС предшествовало исследованию моторно-эвакуаторной функции ЖКТ методом селективной полиграфии. Исходно активность возбудимых структур не превышала  $10,1 \pm 4,7$  мкВ. Проводили РС с экспозицией не менее 3 часов на верхние отделы ЖКТ изолированно и 1-1,5 часа на все структуры (желудок, двенадцатиперстная, тощая и подвздошная кишка) последовательно в стандартных режимах. После проведения 4-5 сеансов получили ответы всех стимулированных отделов ЖКТ, с синхронизацией чувствительности перечисленных отделов и сохранением активности при фоновых режимах стимуляции. Амплитуда вы-

званных сигналов возросла в среднем до  $80 \pm 7$  мкВ. В ходе мониторинга исходно ВГ 1 ст. отмечена у 3 (группа 2) и 6 пациентов (группа 1): на начало исследования в 1 группе —  $10,7 \pm 1,8$  мм. рт. ст., а во 2 группе —  $10,2 \pm 1,4$  мм. рт. ст. ( $p \geq 0,05$ ). На момент истечения 1 фазы ОП, ВГ в основной группе на превышала  $4,2 \pm 2,1$  мм. рт. ст., в то время как значения ВГ в группе сравнения составляли  $8,9 \pm 3,7$  мм. рт. ст. ( $p \geq 0,05$ ).

**Заключение.** Прогностическое значение уменьшения ВД у больных ОП является одним из основополагающих компонентов патогенетической терапии. Представляется оправданным применение РС в комплексной терапии ОП. С учетом полученных данных считаем необходимым применение данной методики и при тяжелых формах ОП, что требует дальнейшей оценки эффективности методики в ходе дальнейших исследований.

## НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

**Хасенов Ж.Д.**

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан*

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения хронических гепатитов и цирроза печени.

**Материалы и методы.** Предложен новый способ хирургического лечения хронических гепатитов и цирроза печени методом ее туннельной резекции, заключающийся в создании туннеля — соустья в ткани печени между системой портальной вены и нижней полой вены, который позволяет снизить портальную гипертензию, улучшает печеночный кровоток, стимулирует регенерацию печени, тем самым улучшая функциональное состояние печени. Для осуществления способа используется тубусный скальпель длиной 300 мм, диаметром 10 мм. Предложенным способом проведено лечение

30 больных с диагнозом хронический гепатит и цирроз печени.

**Результаты.** В ходе инструментального и клинического сравнения оперированных больных установлено, что данный способ приводит к улучшению состояния больных за счет снижения внутрипеченочной гипертензии, снижения гипоксии гепатоцитов, улучшения печеночного кровотока и усиления регенерации печени. Преимуществами данного способа являются: уменьшение признаков печеночной недостаточности, техническая простота выполнения операции и возможность выполнения органосохраняющего оперативного вмешательства.

**Выводы.** Разработан новый способ хирургического лечения хронических гепатитов и цирроза печени (получен инновационный патент).

## КОРРЕКЦИЯ АНТИОКСИДАНТАМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ

**Хвостунов С.И.**

*Медицинский институт ГОУ ВПО Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия*

Острый внепеченочный холестаз приводит к выраженным нарушениям функциональной активности печени, сопровождается различными формами эндотоксикоза, которые запускают процессы свободнорадикального окисления, принимающие характер окислительного стресса.

**Цель исследования.** Изучить морфо-функциональные нарушения в головном мозге при остром обтурационном холестазе и возможности их коррекции внутривенными инфузиями мексидола.

**Материалы и методы.** Выполнены эксперименты на 30 беспородных собаках обоего пола массой от 8 до 36 кг под тиопентал-на-

триевым наркозом ( $45$  мг/кг). Обтурационный холестаз моделировали путем наложения петли-удавки на общий желчный проток. Животные были разделены на 2 серии. В первой серии животным (15 собак) было произведено наложение лигатурной перетяжки холедоха с последующим ежедневным контролем показателей функционального состояния печени и процессов свободнорадикального окисления в системном кровотоке. Во вторую серию (15 собак) вошли животные, которым после декомпрессии желчевыводящих путей на третьи сутки эксперимента проводили внутривенное капельное введение



5% раствора мексидола (6,45 мг/кг) на 0,9% растворе NaCl 20 мл/кг.

**Результаты.** В 1-й серии на 3 сутки после моделирования обтурационного холестаза наблюдали выраженные сдвиги исследуемых показателей. Общий билирубин (ОБ), аспартатаминотрансфераза (АсАт), аланинаминотрансфераза (АлАт) возрастали в 40,6; 10,9; 23,1 раза, содержание МДА увеличилось в 9 раз, а уровень каталазы снизился в 2,1 раза от исходных показателей. При внепеченочном холестазе в гомогенате головного мозга отмечали повышение содержания МДА в 2,14 раза и уменьшение активности каталазы в 1,8 раза от исходного уровня. На гистологических препаратах определяли выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. Наряду с этим отмечали расширение капилляров, переполненных эритроцитами, расположенными в виде «монетных столбиков». Наблюдали вакуолизацию и атрофию части нейронов. После внутривенного введения 5% раствора мексидола содержание ОБ снизилось в 23 раза; АсАт —

в 5,2 раза; АлАт — в 5,9 раза. Уровень каталазы увеличился в 1,7 раза, МДА снизился в 2,1 раза. На фоне применения мексидола содержание МДА в гомогенате мозга снизилось в 2,1 раза, а активность каталазы повысилась в 1,7 раза относительно третьих суток эксперимента. При световой микроскопии наблюдали явное уменьшение агрегации эритроцитов и открытие просвета сосудов, отмечали уменьшение периваскулярного и перицеллюлярного отека.

**Выводы.** 1. Острый внепеченочный холестаз запускает процессы перекисного окисления липидов с последующим снижением функциональной активности печени и сопровождается изменениями в структуре тканей головного мозга. 2. Внутривенные инфузии 5% раствора мексидола при экспериментальном внепеченочном холестазе сопровождаются более значительной коррекцией показателей функционального состояния печени, процессов липопероксидации и способствуют восстановлению морфо-функциональных нарушений в головном мозге.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУКОКЛАЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

**Холматов Ш.Т.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** оценить эффективность мукоклазии желчного пузыря в лечении острого холецистита у больных с высоким риском выполнения оперативного вмешательства на основании отдаленных результатов лечения.

**Материалы и методы.** В период с 2003 по 2009 гг. 73 пациентам с острым обтурационным холециститом при наличии тяжелой сопутствующей патологии на первом этапе производили чрескожную чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХцС). Вторым этапом, после коррекции сопутствующих заболеваний и стихания острого процесса в желчном пузыре, 38 больным выполнили лапароскопическую холецистэктомию.

Так как в высоких концентрациях ЭВР гипохлорита натрия обладает прижигающим десквамационным действием на слизистую, малотоксичен и, также, является антисептиком, это дало нам основание использовать его в качестве препарата для мукоклазии желчного пузыря.

Метод химической демукоизации желчного пузыря (мукоклазия с последующей облитерацией его просвета) применен у 22 пациентов (14 женщин и 8 мужчин). Возраст пациентов варьировал в пределах от 68 лет до 81 года.

Предварительно больным выполняли чрескожную чреспеченочную электрокоагуляционную обструкцию пузырного протока и шейки желчного пузыря, а затем мукоклазию просвета органа. Процедуру проводили в операционной под рентгенотелевизионным контролем. Через холецистостому вводили проводник с коагуляционным наконечником. Далее проводник вводили в пузырный проток и проводили электрокоагуляцию на протяжении от 4 до 7 мм и прилежащую к протоку часть шейки желчного пузыря. После обструкции желчный пузырь находился на пассивной аспирации в течение 2-3 суток. У 6 больных проведение электрокоагуляционной обструкции пузырного протока не потребовалось, так как он был отключен, либо конкрементом, либо склеротическим процессом, и неразблокировался в процессе лечения. В 1 случае блок пузырного протока не наступил, при антеградной холангиографии выявлен склерозирующий папилит, который явился причиной гипертензии в желчных протоках. Произвели ЭПСТ, что позволило достичь отключения желчного пузыря. Добившись стойкого блока пузырного протока, в полость желчного пузыря через холецистостому

ввели концентрированный 0,8-1% ЭВР гипохлорита натрия. В среднем облитерация просвета наступала на 28-32 сутки.

**Результаты.** Отдаленные результаты изучены в сроки до 24 месяцев. Полная облитерация просвета желчного пузыря достигнута в 20 случаях, в 3 наблюдениях выявлена картина нефункционирующего желчного пузыря. Жалоб и приступов у

пациентов в ближайшем и отдаленном сроках наблюдения не отмечено.

**Заключение.** Разработанный способ мукоклазии желчного пузыря на завершающем этапе лечения больных острым обтурационным холециститом с высоким риском выполнения оперативного вмешательства позволяет существенно повысить радикальность и снизить частоту рецидивов заболевания в отдаленном периоде.

## АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Чилгашев А.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшения результатов лечения больных острым обтурационным калькулезным холециститом с высоким риском выполнения оперативного вмешательства путем разработки и внедрения щадящей хирургической тактики и способов лечения с минимальной хирургической агрессией.

**Материалы и методы.** Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 73 пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2 клиники ТМА. Среди больных преобладали женщины (68%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 52 до 83 лет (в среднем —  $68,4 \pm 5,6$  лет). Большинство больных были в возрасте старше 60 лет (82,9%). Длительность заболевания ЖКБ составила от 3 месяцев до 20 лет. Средняя же длительность приступа к моменту поступления пациентов составила  $4,5 \pm 1,7$  дней. Особое значение на этапе обследования и подготовки больных к операции придавали оценке функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проводили своевременную коррекцию этих отклонений до операции, и во время проведения этапных щадящих, малотравматичных лечебно-диагностических мероприятий по поводу основного заболевания. Основной контингент больных имели III-IV степень риска выполнения хирургического вмешательства.

Лечение было разделено на этапы. В качестве первого этапа выполняли чрескожную чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХЦС). Показанием к применению ЧЧХЦС явился острый обтурационный холецистит у пациентов с высоким риском

выполнения оперативного вмешательства. После установки ЧЧХЦС проводили санацию полости желчного пузыря 0,2-0,4% ЭВР гипохлоритом натрия 6-8 раз в сутки в течение 5-6 дней.

Вторым этапом, после коррекции сопутствующих заболеваний и стихания острого процесса в желчном пузыре, производили лапароскопическую холецистэктомию (38 больных), тем самым, добиваясь радикальности лечения. При невозможности оперативного лечения пациентам выполняли щадящие эндовезикальные вмешательства. 22 больным произвели чрескожную чреспеченочную электрокоагуляционную обструкцию пузырного протока и шейки с последующей мукоклазией желчного пузыря.

**Заключение.** Анализ полученных результатов показал, что на фоне проводимой декомпрессии и санации желчного пузыря по разработанной методике происходило улучшение общего состояния больных, нормализация лабораторных и инструментальных показателей. Способ электрокоагуляционной обструкции пузырного протока и шейки пузыря с последующей химической мукоклазией и облитерацией просвета желчного пузыря может стать альтернативой другим видам лечения калькулезного холецистита у больных с высоким риском выполнения оперативного вмешательства.

Разработка новых малоинвазивных технологий позволила значительно улучшить результаты лечения при минимальной травматичности вмешательства, что является принципиально важным при лечении данной группы пациентов.

## АВО-НЕСОВМЕСТИМАЯ РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ

Raut V., Mori A., Kaido T., Sasaki N.

Университетский госпиталь Киото, Киото, Япония

**Введение.** Дефицит донорских органов — значительное препятствие для увеличения числа трансплантаций печени. Родственная трансплантация печени является хорошей альтернативой трупной трансплантации, однако выбор донора из семьи реципиента является значительным ограничивающим фактором вследствие АВО-несовместимости. Инфузия через печеночную артерию простагландина Е1 может служить профилактикой острого отторжения трансплантата. Данная работа показывает возможности трансплантации печени у взрослых АВО-несовместимых доноров с использованием инфузии простагландина через печеночную артерию в Университетском госпитале Киото.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 41 АВО-несовместимой трансплантации печени у взрослых, выполненной в Университетском госпитале Киото с мая 2006 по июль 2009 г.

Тактика подготовки у пациентов с АВО-несовместимостью: Rituximab назначали в средней дозе  $324,32 \pm 135,71$  мг за  $19 \pm 5$  дней до родственной трансплантации печени. Обмен плазмы выполняли с расчетом поддержания титра анти АВО-антител ниже 1/16 для родственной трансплантации печени.

Инфузия через печеночную артерию: интраоперационно устанавливали катетер (10 Fr) через ветвь

печеночной артерии, которую не использовали для анастомоза. Простагландин Е1 в дозе 0,01 мг/кг в день вводили в течение 21 дня, метилпреднизолон в дозе 125 мг в день — в течение 7 дней через катетер в печеночной артерии. Спленэктомия выполнена 27 (71,1%) пациенту.

**Результаты.** У 1 пациента развилось острое отторжение и тяжелой некроз печеночного трансплантата, который потребовал ретрансплантации. У 15 (39,5%) пациентов был эпизод острого клеточного отторжения. У 20 (52,6%) пациентов отметили приступы холангита. Повторные атаки холангита привели к рубцовым стриктурам желчных протоков у 4 пациентов. Вирусная инфекция развилась у 19 (40,2%) пациентов, грибковая — у 12 (25,53%). У 4 пациентов развилось кровотечение при извлечении катетера из печеночной артерии. Отмечен 1 летальный исход вследствие повторного кровотечения.

Выживаемость пациентов представлена следующим образом: 1-годичная — 78,9% и 4-годичная — 75,8%.

**Заключение.** Инфузия простагландина Е1 и метилпреднизолона эффективна для снижения острого гуморального отторжения у пациентов с несовместимыми АВО-антигенами.

**МАТЕРИАЛЫ XVIII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА  
ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ СТРАН СНГ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ»  
14–16 СЕНТЯБРЯ 2011 ГОДА,  
МОСКВА**

**I. ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ  
НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Акуленко С.В., Соловьев В.А., Овчинников В.А., Парахоняк Н.В.,  
Захаров А.Г., Малов А.А.**

МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ УСКОРЕННОГО  
ФОРМИРОВАНИЯ СТЕНКИ ОСТРОЙ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОЙ ПСЕВДОКИСТЫ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ  
ПАНКРЕАТОЦИСТОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА . . . . . 6

**Волков А.Н., Ворончихин В.В., Абызов И.Н., Краснов Г.Н., Дербенев А.Г., Оленин В.В.**  
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО  
ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОТОВОКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. . . . . 6

**Воробей А.В., Гришин И.Н., Шулейко А.Ч., Бутра Ю. В., Лурье В.Н.,  
Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И.**  
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . . 7

**Данилов, М.В., [Говоров С.А.], Зурабиани В.Г., Грушко С.А.**  
ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ  
И РЕЦИДИВАХ ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ  
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ  
ПАНКРЕАТИТОМ . . . . . 8

**Добров С.Д., Полякевич А.С., Блажитко Е.М., Толстых Г.Н.**  
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . . 9

**Добров С.Д., Полякевич А.С., Блажитко Е.М., Толстых Г.Н.**  
РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ  
ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ГОЛОВКИ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 9

**Дронов А.И., Крючина Е.А., Горлач А.И.**  
ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ  
С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 10

**Дундаров Э.А, Красюк О.Н., Майоров В.М., Величко А.В.**  
НАРУЖНЫЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ, КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУЖНОГО  
ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 11

**Дундаров Э.А, Красюк О.Н., Майоров В.М., Величко А.В.**  
ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . . 11



<b>Иванов Ю. В., Панченков Д.Н., Сазонов Д.В., Рагулина Е.А.</b> ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	12
<b>Кадошук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С.</b> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТПАНКРЕАТОРЕЗЕКЦИОННОМ СИНДРОМЕ . . . . .	13
<b>Кадошук Т.А., Петрушенко В.В., Павлык И.В., Рауцкис В.А., Стукан С.С.</b> ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ С РЕЦИДИВОМ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	14
<b>Козлов В.Г., Третьяк С.И., Ращинский С.М., Жилинский Е.В., Комаровская О.О.</b> РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	15
<b>Копчак В.М., Копчак К.В., Перерва Л.А., Чевердюк Д.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	16
<b>Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Петрик С.В.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	17
<b>Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Ширяев Ю. Н., Петрик С.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	18
<b>Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Миннуллин М.М., Бородин М.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ЛОЖНЫМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	18
<b>Криворучко И.А.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	19
<b>Курбонов К.М., Даминова Н.М., Шарипов Х.Ю.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ. . . . .	20
<b>Малов А.А., Акуленко С.В., Овчинников В.А., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В.</b> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .	20
<b>Парфенов И.П., Карпачев А.А., Францев С.П., Солошенко А.В., Ярош А.Л., Хлынин А.Ю., Полянский В.Д.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .	21
<b>Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С.</b> ВЫБОР СПОСОБА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	22
<b>Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Кузьменко В.В., Пропп Е.Б., Арестович Р.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . .	23

<b>Рахимов Б.М., Галкин И.В., Симатов А.М., Колесников В.В. Баранов В.Р., Рядовой А.А., Калугин А.А.</b> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	24
<b>Ращинский С.М., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т., Баранов Е.В., Хрыщанович В.Я., Громак А.Ф., Невмержицкий М.П.</b> АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . .	25
<b>Ращинский С.М., Третьяк С.И., Прохоров А.В., Ращинская Н.Т., Козлов В.Г.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КАК ВАРИАНТА ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	26
<b>Салимгареев И.З., Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Нагаев Ф.Р.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ. . . . .	27
<b>Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Новикова Н.В., Минеев Д.А., Осокин А.С., Гаврилов В.А.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	27
<b>Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Зайцев О.В., Песков О.Д., Соколова С.Н., Баконина И.В., Натальский А.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	28
<b>Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Зайцев О.В., Песков О.Д., Соколова С.Н.</b> ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	29
<b>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Якута И.С., Неверов П.С.</b> ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ . . . . .	30
<b>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С.А., Козик Ю. П., Неверов П.С.</b> ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. . . . .	31
<b>Третьяк С.И., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т., Баранов Е.В., Козлов В.Г.</b> ВАРИАНТЫ ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .	32
<b>Третьяков А.А., Петренко А.Г., Щетинин А.Ф., Слепых Н.И., Неверов А.Н.</b> ТАКТИКА И ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. . . . .	33
<b>Шабунин А.В., Бедин В.В., Далгатова К.Д., Чеченин Г.М., Греков Д.Н., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ. . . . .	34
<b>II. НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .</b>	<b>35</b>
<b>Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ . . . . .	35

<b>Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Бунин В.А., Краденов А.В.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	36
<b>Богомолов Н.И.</b> МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	36
<b>Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Мерзликин Н.В., Хлебникова Ю. А.</b> РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ . . . . .	37
<b>Валитова Э.Р., Козеева А.Д.</b> ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. . . . .	38
<b>Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Павличенко С.А., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В., Шадрин О.В.</b> МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .	39
<b>Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Могилевец Э.В., Цилиндрз И.И.</b> ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	40
<b>Гарелик П.В., Цилиндрз И.Т., Дубровщик О.И., Колешко С.В.</b> ГЕПАТОБИЛИАРНЫЕ И ЭКСТРАБИЛИАРНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	40
<b>Гостищев В.К., Воротынцев А.С., Меграбян Р.А., Каменцева С.В.</b> РОЛЬ ПАТОЛОГИИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	41
<b>Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.</b> ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ, ПРОФИЛАКТИКА . . . . .	42
<b>Даценко Б.М., Борисенко В.Б.</b> КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	43
<b>Делибалтов К.И., Погосян Г.А.</b> ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЯТРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ . . . . .	44
<b>Дударов Э.А, Красок О.Н., Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В.</b> РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОМ . . . . .	45
<b>Дударов Э.А, Красок О.Н., Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ СТРУКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . .	46
<b>Загидов М.Э., Загидова А.М.</b> ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ . . . . .	46

<b>Заривчацкий М.Ф., Колыванова М.В., Смольков А.А., Сметанин Д.В.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	47
<b>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Рахманов С.У.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА РЕТРОГРАДНЫХ И АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . .	48
<b>Кондратенко П.Г., Стукало А.А.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА . . . . .	48
<b>Кондратенко П.Г., Стукало А.А.</b> ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	49
<b>Конькова М.В., Смирнов Н.А., Юдин А.А.</b> ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СЕМИОТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	50
<b>Корымасов Е.А., Богданов В.Е., Горбунов Ю. В., Андросов А.Н.</b> ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .	51
<b>Костырной А.В., Резниченко А.М., Шестопапов Д.В., Древетняк А.А., Гавриленко С.П.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ В РАМКАХ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	52
<b>Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .	52
<b>Криворучко И.А., Сарян И.В.</b> БИЛИАРНЫЕ СТРИКТУРЫ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .	53
<b>Кукош М.В., Трухалев В.А.</b> К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТАК НАЗЫВАЕМОГО ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	54
<b>Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Холов К.Р.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	55
<b>Лохвицкий С.В.</b> ВАРИАНТЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . .	55
<b>Лупальцов В.И., Доценко Г.Д.</b> ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. . . . .	56
<b>Макаров В.И., Стегний К.В., Гончарук Р.А., Сакаева М.А., Арапко А.П., Юдин С.В.</b> ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	57
<b>Малашенко В.Н., Агапитов Ю. Н., Кетипеараччи В.И.</b> АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ . . . . .	58



<b>Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Одинаев Р.О., Назипов С.Т.</b> УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ . . . . .	59
<b>Миргасимова Д.М., Сафин Р.Ш., Васильев Д.Ж., Захарова А.В.</b> РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ . . . . .	59
<b>Миронов В.И.</b> ИЗОЛИРОВАННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .	60
<b>Миронов В.И.</b> РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ . . . . .	61
<b>Михеев Ю. А., Попов П.И.</b> ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЖЕЛЧНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ И РЕЦИДИВНОМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ . . . . .	62
<b>Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М. М., Музаффаров Ф. У., Омонов О.А.</b> МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗА БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА . . . . .	63
<b>Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятков А.В., Джуманиязов Д.А., Махмудов У.М.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ . . . . .	64
<b>Нартайлаков М.А., Мухамедьянов И.Ф., Абдеев Р.Р., Шаймуратов И.Х.</b> ЧРЕСКОЖНОЕ ТРАНСПЕЧЕНОЧНОЕ КАРКАСНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . .	65
<b>Никуленков С.Ю., Биричевский Н.Г., Корнев В.М.</b> ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ПАПИЛЛОСТЕНОЗОМ . . . . .	65
<b>Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Щербина С.И.</b> СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ПАПИЛЛИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА. . . . .	66
<b>Овчинников В.А., Базаев А.В., Гошадзе К.А.</b> О ПРАВОМОЧНОСТИ ДИАГНОЗА «ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. . . . .	67
<b>Орлов С.Ю., Михалёва Л.М., Паньков А.Г., Орлова Е.Н., Будзинский С.А.</b> ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ . . . . .	68
<b>Петров В.С., Аргунов В.А.</b> АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ . . . . .	69
<b>Петрушенко В.В., Кадошук Т.А., Стукан С.С.</b> РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . .	69

**Прудков М.И.**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБЪЕДИНЯЕМЫХ ТЕРМИНОМ  
«ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» . . . . .

70

**Рахимов Б.М., Галкин И.В., Калугин А.А., Баранов В.Р., Кривов А.И.**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ  
КАК ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ . . . . .

71

**Репин М.В., Микрюков В.Ю., Вагнер Т.Е.**ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ  
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .

72

**Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Минеев Д.А., Дьяченко М.И., Ложкина Н.В.,  
Коваленко С.В.**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ  
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ И ДИВЕРТИКУЛАХ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ  
ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .

73

**Сейсембаев М.А. Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Наржанов Б.А., Токсанбаев Д.С.,  
Ибекенов О.Т. Исбамбетов А.С.**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО  
И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .

73

**Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Кузнецов И.С., Коробейников В.И.**ЯТРОГЕННЫЕ ТРАВМЫ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА КАК ПРИЧИНА  
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .

74

**Старостин С.А., Щёлкин А.А., Довгулёв К.А., Шевелёв Е.Ю.**ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
ПО МАТЕРИАЛАМ I ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МБУЗ ГК БСМП № 2  
г. НОВОСИБИРСКА ЗА 2008–2010 гг. . . . .

75

**Татаршаов М.Х., Джанкезов А.С., Караев А.А., Борлаков В.Р., Махожев А.М.**ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ . . . . .

76

**Толстокоров А.С., Гоч Е.М., Дергунова С.А., Саркисян З.О., Поберий Д.Н.**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
ПРИ РЕЦИДИВНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . .

77

**Туровец М.И., Мандриков В.В., Герасимов М.В.**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ  
ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ  
У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ . . . . .

77

**Усова Е.В.**РАЗВИТИЕ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ  
ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ . . . . .

78

**Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМ  
И СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . .

79

**Хахимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Маткулиев У.И., Хушвактов Ш.**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ  
В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .

80

<b>Хацко В.В., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Коссе Д.М., Павлов К.И., Фоминов В.М.</b> ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . .	80
<b>Хворостов Е.Д., Захарченко Ю. Б., Томин М.С.</b> РЕЦИДИВНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА. . . . .	81
<b>Хлебникова Ю. А.</b> ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ . . . . .	82
<b>Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мелентьев А.А., Ветшев Ф.П.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ . . . . .	83
<b>Чернякевич С.А., Паньков А.Г., Бабкова И.В., Зубова Н.В., Чернякевич П.А.</b> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СФИНКТЕРА ОДДИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. . . . .	84
<b>Шабунин А.В., Розиков Ю. Ш., Коржева И.Ю., Бедин В.В., Чернов М.В., Лукин А.Ю.</b> ВИДЕОЭНДОСКОПИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. . . . .	84
<b>Шаповальянц С.Г.</b> ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ . . . . .	85
<b>Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Стычевский Г.А., Шаталов С.Ю., Жулев С.А., Гецадзе Г.Н.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПАПИЛОТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. . . . .	86
<b>Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С., Куликова Л.А., Сыдыгалиев Н.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ . . . . .	87
<b>Юрченко В.В.</b> ДЕФОРМАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА. . . . .	87
<b>Юрченко В.В.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИРОДЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА . . . . .	88
<b>Юрченко В.В.</b> ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ . . . . .	89
<b>Ярешко В.Г., Михеев Ю. А., Н.С. Перегуда</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛАНГИОЛИТИАЗА . . . . .	90

### **III. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И НЕЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ЕЕ ПОРАЖЕНИЯХ . . . . . 91**

<b>Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Скурлатов М.С.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ . . . . .	91
---	----

<b>Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М., Саидилхомзода С., Табаров З.В.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ. . . . .	92
<b>Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Рачабов А.М., Саидилхомзода С., Табаров З.В.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ. . . . .	92
<b>Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Веденин Ю. И., Алейникова Е.С.</b> ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ . . . . .	93
<b>Благитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Полякевич А.С., Щекина Е.Е.</b> О ВОЗМОЖНОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ. . . . .	94
<b>Вафин А.Э., Айдемиров А.Н., Попов А.В., Маланка М.И., Абдоков А.Д., Хушвактов У.Ш.</b> ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ ПРИ РЕЦИДИВАХ ЭХИНОКОККОЗА . . . . .	94
<b>Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.Э., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Козырин И.А.</b> БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ. . . . .	95
<b>Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.Э., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Казаков И.В.</b> ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА . . . . .	96
<b>Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Игнатюк В.Г., Гусейнов Э.К.</b> ПОВТОРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ . . .	96
<b>Глухов А.А., Новомлинский В.В., Чвикалов Е.С., Соколов А.П., Остроушко А.П.</b> ТРЕХМЕРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ . . . . .	97
<b>Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Икрамов Р.Э., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Казаков И.В.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ. . . . .	98
<b>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Боровский С.П., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.</b> ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ. . . . .	98
<b>Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ЕЕ ПОРАЖЕНИЯХ. . . .	99
<b>Кит О.И., Шапошников А.В.</b> ПЕРВИЧНЫЕ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ. КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ . . . . .	100
<b>Койчуев Р.А., Османов А.О., Меджидов Р.Т.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВЕ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ. . . . .	100
<b>Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Прокопьев М.В., Гумеров Р.Р.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ . . . . .	101



<b>Котенко О.Г., Калита Н.Я., Гриненко А.В., Федоров Д.А., Коршак А.А., Гусев А.В., Григорян М.С., Петрище И.И.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ. . . . .	102
<b>Кузнецов Е.В. Ионин В.П. Васильев П.В.</b> СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ . . . . .	103
<b>Курбанбердыев К.К.</b> ВЫПОЛНЕНИЕ ПОВТОРНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. . . . .	103
<b>Курбонов К.М., Даминова Н.М., Гулахмадов А.Д.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ. . . . .	104
<b>Лобаков А.И., Румянцев В.Б., Захаров Ю. И., Филижанко В.Н., Морохотов В.А.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ . . . . .	104
<b>Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М.</b> АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. . . . .	105
<b>Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Одинаев Р.О., Назипов С.Т.</b> УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ . . . . .	106
<b>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М.</b> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. . . . .	107
<b>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М.</b> КРИТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ . . . . .	108
<b>Нартайлаков М.А., Мушарапов Д.Р., Грицаенко А.И., Пантелеев В.С., Абдеев Р.Р., Салимгареев И.Э.</b> ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ . . . . .	109
<b>Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф.</b> ВИДЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. . . . .	109
<b>Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С., Соколов А.П., Остроушко А.П.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ. . . . .	110
<b>Павлюк Г.В., Андон Л.Г., Дану М.И., Череш В.И.</b> ОСТАТОЧНАЯ ФИБРОЗНАЯ ПОЛОСТЬ КАК ПРИЧИНА ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ. . . . .	111
<b>Панченков Д.Н., Иванов Ю. В., Алиханов Р.Б., Нечунаев А.А., Баранов А.В.</b> РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ОБЪЕМА . . . . .	112

<b>Патютко Ю. И., Сагайдак И.В., Иванов А.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ . . . . .	112
<b>Прохоров А.В., Тур Г.Е., Тур А.Г., Цемахов Ю. Г.</b> ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА . . . . .	113
<b>Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Барлыбай Р.А., Токсанбаев Д.С., Чорманов А.Т., Баймаханов Ж.Б.</b> ВЫБОР РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ. . . . .	114
<b>Сейсембаев М.А., Сахипов М.М., Токсанбаев Д.С., Чорманов А.Т., Миржакыпов А.Т., Ауелов Н.У., Баймаханов Ж.Б.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ. . . . .	115
<b>Третьяков А.А., Щетинин А.Ф., Петренко А.Г., Неверов А.Н., Бочкарев В.Н., Свойкин С.К.</b> ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ . . . . .	115
<b>Третьяков А.А., Петренко А.Г., Щетинин А.Ф., Неверов А.Н.</b> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПЕЧЕНИ . .	116
<b>Третьяков А.А., Петренко А.Г., Неверов А.Н., Щетинин А.Ф.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ. . . . .	117
<b>Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Бакиров С.Х., Шамсиев Р.Э.</b> О ПУНКЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ . . . . .	118
<b>Худайкулов Т.К., Палванов Т.М., Эгамов И.М., Худайкулов А.Т.</b> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ХОРЕЗМСКОГО ОБЛОНКОДИСПАНСЕРА. . . . .	118
<b>Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В., Цуркан В.А., Чеченин Г.М., Иванова Н.А., Досханов М.О.</b> ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ. . . . .	119
<b>Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Ишимов Ш.С.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. . . . .	120
<b>IV. ДРУГИЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .</b>	<b>121</b>
<b>Абдуллаева А.Э., Гасанов А.Г.</b> ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ЕГО ДИСТАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ . . . . .	121
<b>Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Арыбжанов Д.Т., Налибаев А.Н.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ . . . . .	122
<b>Абдурахманов Б.А.</b> ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕДУКЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . .	122

- Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т.**  
РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В СОЧЕТАНИИ  
С МИНИИНВАЗИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В КОРРЕКЦИИ  
ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 123
- Агапов К.В., Егоров М.С., Дзугкоева Ф.А., Шутов А.А.**  
РОЛЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ  
И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ  
ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . . 124
- Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Ли Э.А.**  
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОЙ  
ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ. . . . . 125
- Алиханов Р.Б., Chen C-L., Wang C-C., Wang S-H., Lin C-C., Liu Y-W., Concejero A.M.,  
Yap A.Q., Dibaajyoti B.D, Tan T'-J.**  
РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ РЕЦИПИЕНТАМ  
С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТИТОМ В И С. . . . . 126
- Аллаберганов О.Т., Таджибаев О.Б., Бабаджанов М.Б.**  
НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ  
У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ. . . . . 126
- Алтыев Б.К., Хожибоев А.М., Хакимов Б.Б., Шелаев О.И.**  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ  
В СОЧЕТАНИИ С ДИВЕРТИКУЛАМИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ . . . . . 127
- Аминов И.Х., Краснов К.А., Старцев А.Б., Заруцкая Н.В.**  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ  
РЕАКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ  
ОПЕРАЦИЙ НА БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ . . . . . 128
- Антикеев А.М., Телеуов М.К., Жумадилов Ж.Ш.**  
НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ . . . . . 129
- Антикеев А.М., Телеуов М.К., Жумадилов Ж.Ш., Жусупов С.М.**  
НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРИТОНЕОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ  
ПРИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ АСЦИТАХ . . . . . 129
- Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хашимов М.А., Шаропов А.Н.**  
ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ . . . . . 130
- Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Исмаилов У.С., Хошимов М.Р.**  
ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ —  
ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ . . . . . 131
- Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Набиев А.Н., Матмуратов С.К.**  
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ОБМЕНА МИНЕРАЛОВ  
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЖЕЛЧЕСОРБЦИИ С ПОМОЩЬЮ НАВБАХТИТА  
У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. . . . . 132
- Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хашимов М.А., Аллазаров У.А.**  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА БОЛЬШОМ  
ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ ПРИ ПАРАФАТЕРАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ. . . . . 133
- Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хошимов М.Р., Лим В.Г.**  
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ НАЗОБИЛИАРНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ  
ПРИ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ . . . . . 133

**Атаджанов Ш.К., Хошимов М.М.**

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА  
В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . . 134

**Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Исомутдинов А.З.**

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ . . . . 135

**Ашимов И.А., Ниязов Б.С., Кудайбергенов Т.И., Ашимов Ж.И.,  
Тилеков Э.А., Ниязова С.Б.**

ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . . 136

**Баймаков С.Р., Каюмов Т.Х.**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА . . 136

**Байчоров Э.Х., Семенов С.С., Гридасов И.М., Дубров А.В.**

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ . . . . . 137

**Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Дубров А.В.**

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 138

**Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Кузьминов А.Н., Байчоров М.Э.**

СРАВНЕНИЕ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА  
И ПАНКРЕАТИКОГASTРОАНАСТОМОЗА В ОРИГИНАЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ  
ПРИ ОПЕРАЦИИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ . . . . . 139

**Бахтин В.А., Янченко В.А., Киров М.А.**

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ  
И ПОЛИКИСТОЗА ПЕЧЕНИ . . . . . 140

**Бахтин В.А., Янченко В.А., Прокопьев В.С.**

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 140

**Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М.**

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ . . . . . 141

**Бахтин В.А., Янченко В.А., Кучеров А.А.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ . . . . . 142

**Безезов Х.С., Безезов Б.Х., Мамашев Н.Д., Буларкиев А.Б.,  
Уметалиев Т.М., Туркбаев А.Б.**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ . . . . . 143

**Безезов Х.С., Безезов Б.Х., Мамашев Н.Д., Буларкиев А.Б.,  
Уметалиев Т.М., Туркбаев А.Б.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. . . . . 143

**Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Мандриков В.В., Кондаков В.И.**

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО  
РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ  
И ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. . . . . 144

**Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Михайлов Д.В.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСХОДОВ ПАНКРЕОНЕКРОЗА . . . . . 145



<b>Белоконов В.И., Хункуй И., Титов А.Н.</b> ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЙ ХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ВОЗМОЖНЫЙ СПОСОБ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ . . . . .	146
<b>Белоконов В. И., Капишников А. В., Хункуй И, Галстян Н. Э.</b> ТЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОГЕННОГО ГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГЕПАТИКОЭНТЕРОСТОМИИ НА СМЕННОМ ДРЕНАЖЕ ПО ГЕТЦУ. . . . .	147
<b>Беляев А.Н., Козлов С.А., Беляев С.А., Костин С.В., Хвостунов С.И.</b> ВНУТРИПОРТАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ . . . . .	148
<b>Беляев С.А., Козлов С.А., Беляев А.Н., Елистратов Ю. В.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ВНУТРИПОРТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННЫХ СРЕД ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ . . . . .	148
<b>Беляев С.А., Козлов С.А., Беляев А.Н., Хвостунов С.И.</b> КОРРЕКЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ . . . . .	149
<b>Богомолов Н.И.</b> ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ СОСОЧКОВ . . . . .	150
<b>Бородач В.А., Черепанов В.Г., Бобохидзе Д.Н., Рыжков С.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП . . . . .	151
<b>Бровкин А.Е., Буткевич А.Ц., Измайлов С.Г., Рябков М. Г.</b> <b>Наливайский А.А., Богданов С.Н.</b> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА МЕТОДОМ ХРОМАТОГРАФИИ. . . . .	151
<b>Бужор П.В.</b> РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ . . . . .	152
<b>Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Сорокин М.Н., Рябков М.Г., Наливайский А.А.</b> МЕТОД ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ БЛОКАД ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ. . . . .	153
<b>Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Измайлов С.Г., Рябков М.Г.,</b> <b>Бровкин А.Е., Наливайский А.А.</b> НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ ОТКРЫТОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА. . . . .	154
<b>Бухарин А.Н., Сачечелашвили Г.Л., Сапанык А.И., Тимошин А.Д., Мамедов С.Х.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	154
<b>Васильев И.А., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Гуревич Л.Е.</b> СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	155
<b>Вафин А.Э., Машурова Е.В.</b> ВЛИЯНИЕ ФНО- $\alpha$ , ИЛ-4, ИЛ-6 НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОСЛЕ ЭХИНОККОКЭКТОМИИ . . . . .	156

- Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Комарчук В.В., Арутюнов С.Э.**  
 ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИАМПУЛЛЯРНОМ  
 РАКЕ И РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОТ РАСШИРЕННОЙ  
 ПАПИЛЛЕКТОМИИ ДО ПАНКРЕАТЕКТОМИИ) . . . . . 156
- Винник Ю. С., Шишацкая Е.И., Маркелова Н.М., Василеня Е.С., Шагеев А.А.,  
 Хоржевский В.А., Вершинин И.В.**  
 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА  
 ИЗ ПОЛИГИДРОКСИБУТИРАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ  
 ПУТЕЙ . . . . . 157
- Винник Ю. С., Черданцев Д.В., Миллер С.В., Маркелова Н.М., Резвицкая Г.Г.,  
 Галушко П.Ю.**  
 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА И РЕАМБЕРИНА  
 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
 ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 158
- Винник Ю. С., Шишацкая Е.И., Маркелова Н.М., Черепанова Е.С., Миллер С.В.,  
 Белецкий И.И., Василеня Е.С., Шагеев А.А.**  
 ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ  
 БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ СТЕНТОВ . . . . . 159
- Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.Э., Жаворонкова О.И.**  
 ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ  
 ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ . . . . . 160
- Власов А.П., Николаев Е.А., Назаров А.А., Власов П.А., Суслов А.В., Кормишкин А.Е.**  
 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ И АНТИГИПОКСАНТНОЙ  
 ТЕРАПИИ В РЕГУЛЯЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА  
 В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. . . . . 161
- Волков А.Н., Краснов Г.Н., Андреев Ю. Г.**  
 АППАРАТНАЯ РЕИНФУЗИЯ АУТОЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ  
 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ . . 161
- Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Орловский Ю. Н., Бутра Ю. В.,  
 Лагодич Н.А., Дергачева Н.В.**  
 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХБАЛЛОННОЙ ЭНТЕРОСКОПИИ  
 В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТОВИРУСНОГО ЭНДОПАНИКРЕАТИТА . . . . 162
- Ворончихин В.В., Волков А.Н., Дербенев А.Г., Абызов И.Н., Олигер А.А.**  
 ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ:  
 РЕЗЕКЦИОННЫЕ И ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ . . . . . 163
- Восканян С.Э., Корсаков И.Н., Найденов Е.В.**  
 ОСНОВЫ ПАНКРЕАТОПРОТЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ . . . . . 164
- Восканян С.Э., Трофименко Ю. Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Мурзабеков М.Б.,  
 Шабалин М.В., Колышев И.Ю.**  
 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РТФЕ-КОНДУИТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ  
 МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ  
 В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 165
- Восканян С.Э., Трофименко Ю. Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А.**  
 РОЛЬ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ И НЕЙРОДИССЕКЦИИ  
 В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ГОЛОВКИ  
 ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 166

- Восканян С.Э., Трофименко Ю. Г., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Мурзабеков М.Б., Забежинский Д.А., Шабалин М.В.**  
ТЕХНОЛОГИИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
С ОБШИРНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ . . . . . 167
- Габоян А.С., Климов А.Е., Иванов В.А., Федоров А.Г., Малюга В.Ю., Давыдова С.В., Черепанова О.Н., Бархударов А.А., Мелкумян А.В.**  
ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ  
ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 167
- Гайбатов С.П., Гайбатов Р.С.**  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ,  
ПРОРВАВШЕГОСЯ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ . . . . . 168
- Галимов О.В., Ханов В.О., Файзуллин Т.Р.**  
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО МЕТОДИКЕ «ЕДИНОГО ДОСТУПА» . . . . . 169
- Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кулакеев О.К.**  
ВОЗМОЖНОСТИ АСЦИТКОРРИГИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ . . . . . 170
- Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кулакеев О.К.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ И ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ОПЕРАЦИИ М.Д. ПАЦИОРИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . . 171
- Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Кадырбеков Б.И., Налибаев А.Н.**  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 171
- Гарбузенко Д.В., Микуров А.А.**  
УРОВЕНЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОТОКСИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ  
ПЕЧЕНИ, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА . . . . . 172
- Гарелик П.В. Могилевец Э.В. Мармыш Г.Г. Милешко М.И.**  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННЫХ МЕТОДИК В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ЭПИЗОДОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН  
ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ . . . . . 173
- Гидирим Г.П., Мишин И.В., Буник Г.Г., Долгий А.Н.**  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОРАСКРЫВАЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ  
СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО  
РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА . . . . . 174
- Горин Д.С., Берелавичус С.В., Свитица К.А.**  
ВНУТРИПРОТОВОКОВАЯ ПАПИЛЛЯРНО-МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ . . . . . 174
- Горпинич А.Б., Мамошин А.В., Шаталов Р.П.**  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ  
ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОГО  
МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ. . . . . 175
- Горский В.А., Катин Д.В., Хорева М.В., Агапов М.А., Банова Ж.И., Леоненко И.В.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ. . . . . 176

<b>Гранов Д.А., Таразов П.Г., Руткин И.О., Осовских В.В., Генералов М.И., Боровик В.В., Тилеубергенов И.И., Поликарпов А.А.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГЕПАТОХИРУРГИИ . . . . .	177
<b>Гульмурадова Н.Т, Гейниц А.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	178
<b>Данилина Е.П., Пахомова Р.А., Здзитовецкий Д.Э., Томнюк Н.Д., Белобородов А.А., Юрченко В.В., Данилина Ю. С.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ХОЛЕДОХА ОСЛОЖНЕННЫХ ЖЕЛТУХОЙ . . . . .	179
<b>Даценко Б.М., Борисенко В.Б.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА . . . . .	180
<b>Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ «ЛОЖНЫХ» И «ИСТИННЫХ» Н-ОБРАЗНЫХ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. . . . .	181
<b>Демидов В. М., Демидов С. М.</b> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ МЕТОДОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ . . . . .	182
<b>Демин Д.Б., Тарасенко В.С.</b> ОБ ЭТАПНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА. . . . .	182
<b>Демин Д.Б., Волдав Д.В., Тарасенко В.С.</b> ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА . . . . .	183
<b>Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Рамазанова Ю. А., Нухов Р.Р., Ашимова А.А., Атаев Т.М., Габибов Р.М.</b> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ . . . . .	184
<b>Довнар И.С., Полынский А.А., Пакульневич Ю. Ф., Дешук А.Н.</b> ПАНКРЕАТОБИЛИАРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ . . . . .	185
<b>Дронов А.И., Ковальская И.А., Лубенец Т.В., Горлач А.И.</b> ИММУНОСУПРЕССИЯ, КАК МАРКЕР ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. . . . .	186
<b>Егоров А.В., Анисимова О.В., Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х., Хоробрых Т.В.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	186
<b>Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Гуревич Л.Е., Фоминых Е.В., Гител Е.П., Васильев И.А., Парнова В.А., Анисимова О.В., Майорова Е.М.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. . . . .	187



<b>Ермолов А.С., Упырев А.В., Дроганова Т.А., Басова Т.И.</b> БЕСКОНТРАСТНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТИКОГРАФИЯ: ЭТАПНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНЫХ И ОБОСНОВАНИЕ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНОЙ СИСТЕМЕ . . . . .	188
<b>Жандаров К.Н., Русин И.В., Кухта А.В., Ушкевич А.Л., Обуховская Н.С.</b> ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . .	189
<b>Жандаров К.Н., Бойко Д.В., Русин И.В., Кухта А.В., Ушкевич А.Л., Обуховская Н.С.</b> КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	190
<b>Жандаров К.Н., Ушкевич А.Л., Прокопчик Н.И.</b> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА . . . . .	190
<b>Жандаров К.Н., Кухта А.В., Безмен И.А., Ушкевич А.Л., Белюк К.С., Обуховская Н.С.</b> ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	191
<b>Жандаров К.Н., Белюк К.С., Русин И.В.</b> ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ГЛУХОГО» ПРЕЦИЗИОННОГО ШВА ХОЛЕДОХОТОМИЧЕСКОГО ОТВЕРСТИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ХОЛЕДОХА СКРЫТЫМ САМОУДАЛЯЮЩИМСЯ ДРЕНАЖОМ . . . . .	192
<b>Жандаров К.Н., Белюк К.С., Лукошко А.А., Юрик Г.Е.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ . . . . .	192
<b>Жандаров К.Н., Белюк К.С., Жмакин А.И.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ИНФЕКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ . . . . .	193
<b>Жандаров К.Н., Белюк К.С., Прокопчик Н.И.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗОНЕ ХОЛЕДОХОТОМИИ . . . . .	194
<b>Журенкова Т.В., Симоненко А.П., Ионкин Д.А., Степанова Ю. А., Андреев С.С.</b> УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ СЕРОТОНИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ . . . . .	195
<b>Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Шарапов И.В., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Бородаев И.Е.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ . . . . .	196
<b>Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Гаврилов О.В., Косяк А.А., Мальгинов К.Е.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ . . . . .	197
<b>Заривчацкий М.Ф., Каменских Е.Д., Мугатаров И.Н., Сметанин Д.В.</b> ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . .	197

**Заркуа Н.Э.**

СИСТЕМНЫЙ И РЕГИОНАРНЫЙ НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ  
МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ . . . . . 198

**Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Летина Ю. В., Сидоров Р.С., Лабазанов В.М.**

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ . . . . . 199

**Зеньков А.К., Штурич И.П., Рящиков А.А., Украинец Е.А., Сапко Г.Ф.**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТРИКТУРОЙ  
ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА . . . . . 200

**Зубарев П.Н., Ивануса С.Я., Шершень Д.П., Лазуткин М.В., Дзидзава И.И.**

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ . . . . . 200

**Ибадильдин А.С., Исабеков А.Б.**

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ  
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. . . . . 201

**Ибадильдин А.С.**

СИМУЛЬТАННЫЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ. . . . . 202

**Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Бабаджанов А.Х. Стрижков Н.А.**

ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В АСПЕКТЕ  
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 203

**Ибадов Р.А., Байбеков И.М., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.**

МОНИТОРИНГ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С СЕАНСАМИ ВЛОК  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 203

**Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Бабаджанов А.Х., Абсалов М.М., Стрижков Н.А.**

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АКТИВАЦИИ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА . . . . . 204

**Ибадов Р.А., Байбеков И.М., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.**

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ  
У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ СЕПСИСОМ . . . . . 205

**Измайлов С.Г., Буткевич А.Ц., Рябков М.Г., Богданов С.Н., Бровкин А.Е.**

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ  
И ПЕРИТОНИТЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. . . . . 206

**Измайлов С.Г., Лукоянычев Е.Е., Ладыгин Е.В., Бровкин А.Е.**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА. . . . . 207

**Ильющонок В.В., Курьян Н.Л., Шкурин С.В.**

НАШ ОПЫТ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ  
И ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ . . . . . 207

**Ионкин Д.А., Икрамов Р.З., Андреев С.С., Жаворонкова О.И.**

ВОЗМОЖНОСТЬ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ . . . . . 208

<b>Ишенин Ю. М., Рамазанов М.М., Мугатаров И.Н., Цхай В.А.</b> ЧТО ОБЩЕГО У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ТУННЕЛИРОВАНИЯ . . . . .	209
<b>Каракурсаков Н.Э., Костырной А.В., Шестопалов Д.В.</b> ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ. . . . .	210
<b>Карсанова З.О., Кокаев И.П.</b> ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДЕКОМПРЕССИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. . . . .	210
<b>Ким В.Ю.</b> ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ . . . . .	211
<b>Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А., Шумилов В.Г., Павловский В.Ф.</b> БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И СТЕНТИРОВАНИЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . .	212
<b>Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Добровольский А.А., Колмачевский Н.А.</b> ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ, НАДПОЧЕЧНИКОВ И СЕЛЕЗЕНКИ . . . . .	213
<b>Климашевич А.В., Никольский В.И., Розен В.В., Илясов И.Б.</b> ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ . . . . .	214
<b>Клименко В.Н., Клименко А.В., Стещенко А.А.</b> ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ИМЕЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ И НОВЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<b>Ковалев А.В., Эдзитовецкий Д.Э., Соколов В.Н., Белобородов А.А.</b> ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОНКОЛОГИИ. . . . .	215
<b>Коваленко Ю. А., Чугунов А.О., Чжао А.В.</b> ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ . . . . .	216
<b>Козлов СВ., Агапитов Ю. Н., Хорев А.Н., Благов Д.А., Плюта А.В.</b> ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ. . . . .	217
<b>Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Коссе Д.М.</b> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО И РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	218
<b>Колосовский Я.В., Топузов Э.Э., Балашов В.К., Кяккинен А.И., Галеев Ш.И.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . .	218
<b>Коробка В.Л., Громыко Р.Е., Чистяков О.И., Костюк К.С., Коробка Р.В.</b> МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. . . . .	219

- Коробка В.Л., Глушкова О.И., Громыко Р.Е., Толстомятов С.В., Василенко В.С.**  
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ  
АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . . 220
- Коссович М.А.**  
НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . . 220
- Котельникова Л.П., Палатова Л.Ф.**  
ИССЛЕДОВАНИЕ КОНКРЕМЕНТОВ ХОЛЕДОХА МЕТОДОМ  
ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ . . . . . 221
- Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Алентьев С.А.**  
КЛИРЕНС-ТЕСТ С ИНДОЦИАНИНОМ И ВОЛЮМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ  
В ПЛАНИРОВАНИИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ. . . . . 222
- Кочатков А.В., Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Карельская Н.А.,  
Макеева-Малиновская Н.Ю., Филиппова Е.М.**  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 223
- Кригер А.Г., Кочатков А.В., Берелавичус С.В., Лебедева А.Н., Карельская Н.А.**  
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ИНСУЛИНОМЫ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) . . . . . 224
- Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Козлов И.А.**  
ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ. ВОЗМОЖНОСТЬ  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ . . . . . 224
- Кузнецов Е.В., Ионин В.П., Васильев П.В.**  
МАКРО- И МИКРОСТРУКТУРА ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ . . . . . 225
- Кулакеев О.К., Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А.**  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ  
В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА  
ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ. . . . . 226
- Кульчиев А.А., Сланов А.В., Тигиев С.В.**  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА МИНИДОСТУПОМ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . . 227
- Кундухова Э.Р., Дзугаева З.И., Алагова А.Р., Бестаев З.В.**  
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСНОГО  
ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ . . . . . 227
- Кундухова Э.Р., Бестаев З.В., Дзугаева З.И., Алагова А.Р.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСНОГО  
ЛАЗЕРНО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ  
В ЛЕЧЕНИИ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . . 228
- Курбанов Х.Х., Холматов П.К., Каримов З.К., Каюмов А.А.**  
ПРОГНОЗ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН  
У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. . . . . 229
- Курбонов К.М., Мансуров Ф.Х., Нуралиев А. Шарипов С.**  
НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА  
ПРИ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. . . . . 230



<b>Курьязов Б.Н., Таджибоев О.Б., Бабаджанов А.Р.</b> МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА . . . . .	230
<b>Левченко Н.В., Хрячков В.В., Шавалиев Р.Р.</b> ЛАЗЕРНАЯ АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ . . . . .	231
<b>Левченко Н.В., Хрячков В.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЕДИНОГО ДОСТУПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ . . . . .	232
<b>Левченко Н.В., Хрячков В.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА . . . . .	233
<b>Леонов С.Д.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ОПУХОЛИ НА МОДЕЛИ ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА . . . . .	234
<b>Лесовик В.С., Зыков Д.В.</b> КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА . . . . .	234
<b>Лесовик В.С., Зыков Д.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. . . . .	235
<b>Лисиенко В.М., Микаелян Э.В.</b> ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАСТУПЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ . . . . .	236
<b>Литвин А.А., Раголевич Г.С., Свистунов С.В., Хоха В.М.</b> ТАКТИКА ЭТАПНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	237
<b>Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А., Луцк К.Н., Розин В.М., Беяева О.А., Петлах В.И., Чжао А.В., Жаворонкова О.И., Кондрашин С.А.</b> МЕТОДЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . .	238
<b>Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Маркин А.Ю., Лядов В.К., Негардинов А.Э.</b> БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОПРОКОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ: ОПЫТ 150 ОПЕРАЦИЙ . . . . .	239
<b>Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Маркин А.Ю., Лядов В.К., Негардинов А.Э.</b> ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ ОДНО- И ДВУХПРОКОЛЬНЫХ (SILS И SILS +) ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ . . . . .	240
<b>Лядов В.К., Буланова Е.А., Семененко И.А., Синицын В.Е.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . .	241
<b>Лядов В.К., Буланова Е.А., Синицын В.Е.</b> САРКОПИИ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	241

<b>Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Лысанюк М.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	242
<b>Майстренко Н.А., Нечай А.И., Стукалов В.В.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	243
<b>Майстренко Н.А., Гриневич В.Б., Прядко А.С., Сас Е.И.</b> ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С ПОЗИЦИЙ ТЕРАПЕВТА И ХИРУРГА . . . . .	243
<b>Малашенко В.Н., Агапитов Ю. Н., Кетипеараччи В.И.</b> АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ . . . . .	244
<b>Малюга В.Ю., Климов А.Е., Федоров А.Г., Габоян А.С., Давыдова С.В., Куприн А.А.</b> ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	245
<b>Мамошин А.В., Борсуков А.В., Васильев П.Ю.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ОКОЛО И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ГЕМАТОМ И АБСЦЕССОВ. . . . .	246
<b>Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Накашидзе М.Д., Головин А.В., Параций З.З., Минин Ю. Б.</b> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНЫХ И АСИМПТОМНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	247
<b>Мандриков В.В., Гушул А.В., Мишарева Н.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФАТЕРИАЛЬНЫМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ . . . . .	248
<b>Мартини А.А., Гениц А.В.</b> СПОСОБ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CO <sub>2</sub> -ЛАЗЕРА. . . . .	248
<b>Махкамова М.Н., Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Джамалов С.И.</b> МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ . . . . .	249
<b>Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М.</b> АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. . . . .	250
<b>Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.</b> НОВЫЕ ВАРИАНТЫ ЗАЩИТЫ БИЛИО- И ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ. . . . .	251
<b>Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Меджидов Ш.Р.</b> ПОКАЗАНИЯ И МЕТОДИКИ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ФИБРОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ . . . . .	251
<b>Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Султанова Р.С.</b> ТОТАЛЬНАЯ ЦИСТПЕРИЦИСТЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИССЕКТОРА «SÖRING» ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ. . . . .	252

- Мизгирев Д.В., Тарабукин А.В., Дуберман Б.А., Поздеев В.Н.**  
ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ЖЕЛЧИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ  
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА . . . . . 253
- Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Хайдаров И.М., Мирзаев А.К.**  
К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ХОЛЕЦИСТИТАХ . . 253
- Мороз О.В., Кулезнева Ю. В., Израилов Р.Е.**  
ЧРЕСКОЖНОЕ ЦИСТОГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ  
КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 254
- Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Асланов Х.М., Ибрагимов Т.Р.**  
ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ  
НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ  
СТРИКТУР И ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. . . . . 255
- Мустафин А.Х., Грицаенко А.И., Галимов И.И., Салимгареев И.З., Гараев М.Р.**  
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ  
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА . . . . . 256
- Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., Салимгареев И.З., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И.,  
Галимов И.И.**  
НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ . . . . . 256
- Мустафин А.Х., Галимов И.И., Грицаенко А.И., Салимгареев И.З.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ . . . . . 257
- Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш.**  
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 258
- Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Байбеков И.М., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.**  
ОСОБЕННОСТИ ГИСТОСТРУКТУРЫ ВЕН ПОРТАЛЬНОГО И ЛЕВОГО  
РЕНАЛЬНОГО БАССЕЙНОВ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ  
С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. . . . . 259
- Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Омонов О.А.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ . . . . . 260
- Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Хашимов Ш.Х., Гизатулина Н.Р., Бабаджанов А.Х.**  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ  
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА  
И ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ОРИТ . . . . . 261
- Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.**  
СПЛЕНОСУПРАРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ  
ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ . . . . . 261
- Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.**  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСТАЛЬНОГО  
СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ  
ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. . . . . 262
- Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятков А.В., Джуманиязов Д.А.**  
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ . . . . . 263

- Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.**  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗИ. . . . . 264
- Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко. А.Г.**  
БИЛИОДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ . . . . . 265
- Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А.**  
КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ —  
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ДОСТУПА . . . . . 265
- Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.З., Кунишев Ш.У.**  
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ . . . . . 266
- Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф.**  
ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ  
ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ . . . . . 267
- Ниязов Б.С., Ашимов И.А., Кудайбергенов Т.И., Ашимов Ж.И., Маматов А.А.,  
Сулайманов К.С.**  
ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН  
ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ  
МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ. . . . . 268
- Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С.**  
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ  
И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ . . . . . 268
- Нуртдинов М.А., Тимербулатов М.В., Суфияров Р.С.**  
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕПАТОТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ . . 269
- Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Абдиев А.А.**  
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ И УСЛОВНО РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ  
ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ . . . . . 269
- Орел Н.Ф., Маркович А.А.**  
ПРИНЦИПЫ БИО- И ХИМИОТЕРАПИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. . . . . 270
- Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Власкина Л.А., Понкина О.Н.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 271
- Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Карпухин Д.Г., Рудакова О.В., Бабенко Е.А.**  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 272
- Пантелеев В.С., Мушарапов Д.Р., Мустафин А.Х.**  
НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ  
ИНФИЦИРОВАННЫМИ КИСТАМИ, ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ  
И АЛЬВЕОКОККОВЫМИ ПОЛОСТЯМИ РАСПАДА ПЕЧЕНИ. . . . . 272
- Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Потехина Ю. П.**  
МОРФОЛОГИЯ ТВЕРДОЙ ФАЗЫ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ  
ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . . 273



**Подолинский С.Г., Становенко В.В.**

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ  
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ . . . . . 274

**Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Арестович Р.А., Кузьменко В.В., Никулина С.А.**

ПРЕИМУЩЕСТВА НОВОГО СПОСОБА БИЛАТЕРАЛЬНОЙ  
ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ. . . . . 275

**Прохоров А.В., Гладышев А.О.**

ВЫБОР МЕТОДА ВКЛЮЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
РЕЗЕКЦИИ . . . . . 276

**Пушкарёв В.П., Лekomцев Б.А., Ширококов С.Н., Бабаев Д.А.**

ОТКРЫТАЯ РАСШИРЕННАЯ ОМЕНТОБУРСОПАНКРЕАТОСТОМИЯ  
В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА . . . 276

**Пушкарёв В.П., Лekomцев Б.А., Швецов О.В., Проничев В.В., Мальчиков А.Я.,  
Бабаев Д.А., Пушкарева М.В.**

ПОВТОРНЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ . . . . . 277

**Пышкин С.А., Маслов В.Г., Панафидин И.С.**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПЕЧЕНИ. . . . . 278

**Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г.**

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ). . . . . 278

**Рагимов Г.С.**

ВЫБОР СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ. . . . . 279

**Рагимова Р.И.**

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ . . . . . 280

**Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Феоктистова Е.В., Дегтярева А.В.,  
Рачков В.Е., Ускова Н.Г.**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ  
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ  
И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. . . . . 281

**Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Лысанюк М.В.**

КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА:  
РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. . . . . 282

**Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Лысанюк М.В.**

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. . . . . 283

**Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Рудаков А.В., Охотина А.В.,  
Рудакова О.В., Бабенко Е.А.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ  
ЛЕЧЕНИИ ГИЛЮСНЫХ И ДИСТАЛЬНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ ПЕЧЕНИ . . . 284

**Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Костенко Л.Л., Рудакова О.В., Охотина А.В.,  
Рудаков А.В., Перунов Д.А., Сердюк Р.С.**

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ СЕГМЕНТАРНЫХ  
СОСУДИСТО-СЕКРЕТОРНЫХ НОЖЕК И ТРУБЧАТЫХ СТРУКТУР ВОРОТ  
ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ ВЫСОКОНАПОРНОЙ ГАЗОВОЙ СТРУИ . . . . . 285

- Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Понкина О.Н., Рудаков А.В., Охотина А.В., Бабенко Е.А.**  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ВОРОТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ИНВАЗИЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ ОРГАНА . . . . . 286
- Русин В.И., Болдижар А.А., Мартяшов А.В.**  
ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ . . . . 287
- Русин В.И., Русин А.В., Чобей С.М., Куценко А.Ю.**  
ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ. . . . 288
- Русинов В.М., Булдаков В.В.**  
ОПЫТ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . . 289
- Рябков М.Г., Лукоянычев Е.Е., Бровкин А.Е. Наливайский А.А.**  
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОМ СПОСОБЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА. . . . . 289
- Рябков М.Г., Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Ладыгин Е.В.**  
ГИПЕРТЕНЗИЯ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ, КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ. . . . . 290
- Рябков М.Г., Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Ладыгин Е.В., Наливайский А.А.**  
НОВЫЙ ВАРИАНТ ТЕХНИКИ ОМЕНТОБУРСОСТОМИИ . . . . . 291
- Савченко А.В., Третьяк С.И., Авдей Е.Л., Дзядзько А.М.**  
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. . . . 292
- Савченко А.В., Третьяк С.И., Авдей Е.Л., Юдина О.А.**  
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ. . . . 293
- Саганов В.П., Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е., Цыбиков Е.Н., Гармаев Б.Г.**  
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ЛЕЧЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА . . . . 294
- Саипов М.Б.**  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ . . . . . 294
- Сало В. Н., Маликов Я. В.**  
ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ . . . . . 295
- Самарцев В.А., Кучумов А.Г., Няшин Ю. И., Федоров А.Е., Гаврилов В.А.**  
БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ . . . . . 296
- Самарцев В.А., Хлебников В.В., Осокин А.С., Кирилова Т.А., Брызгалов В.В.**  
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ . . . . . 297

- Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Минеев Д.А., Ложкина Н.В., Коваленко С.В.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО  
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. . . . . 298
- Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А., Енин Е.А.,  
Токсанбаев Д.С., Ибекенов О.Т., Исбамбетов А.С.**  
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ  
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . . 299
- Сипливый В.А., Петюнин А.Г., Марковский В.Д., Евтушенко А.В., Петюнин П.А.**  
НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ЦИРРОЗЕ . . . . . 300
- Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Секачева М.И., Шатверян Г.А., Бирюков А.Ю.,  
Тарасюк Т.И., Беджаниян А.Л., Багмет Н.Н.**  
МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО  
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ . . . . . 301
- Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Бархатов И.В.**  
ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ  
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . . 301
- Становенко В.В., Подолинский С.Г.**  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА . . 302
- Стрелин С. А., Волкова Ю. Л.**  
ЛЕЧЕНИЕ СКВОЗНЫХ РАН ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. . . . . 303
- Султанов И.Т., Бабаджанов А.Р., Султанов А.И., Бабаджанов К.О.**  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АММОНИЯ ГЛИЦЕРАТА В КОМПЛЕКСНОЙ  
ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ . . . . . 303
- Сухоруков В.П., Русинов В.М., Южанин В.Б., Гоголев Н.В.**  
ПЕРЕСМОТР ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ. . . . . 304
- Сычева Н.Л., Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Шевченко С.С.**  
РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ РЕЖИМОВ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ  
НА АРТЕРИАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ ВОРОТ ПЕЧЕНИ  
ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ . . . . . 305
- Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Кугаев М.И., Лярский С.П., Королева А.В.**  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ  
РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 305
- Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н.**  
КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ И МОДЕЛИРОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ  
ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ . . . 306
- Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н.**  
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ:  
НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ  
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ . . . . . 307
- Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Даниченко М.Ю.**  
ВЫБОР РЕЖИМА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ КРИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ . . . . . 307

- Тарасенко С.В., Натальский А.А., Песков О.Д., Зайцев О.В., Левитин А.В.**  
ОЦЕНКА ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ  
ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ . . . . . 308
- Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Башарова У.В., Никитин Д.А., Рахмаев Т.С.**  
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕПАТОДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ  
С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В РАННЕМ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ . . . . . 309
- Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С.А., Козик Ю. П., Неверов П.С.**  
ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ  
КРОВОТЕЧЕНИЕМ . . . . . 310
- Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Палеев С. А., Козик Ю. П., Неверов П.С.**  
ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
В ХИРУРГИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ . . . . . 311
- Тарасов С.Л., Халимов А.Э., Зайцев Д.В.**  
НАШ ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. . . . . 311
- Тащев Р.К.**  
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОХИРУРГИИ С КРИОАУТОВАКЦИНАЦИЕЙ  
В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ  
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ . . . . . 312
- Теремов С.А., Мухин А.С., Градусов В.П.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ  
ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ  
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. . . . . 313
- Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ярмухаметов И.М.,  
Фахретдинов Д.З., Нгуен Х.К.**  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ . . . . . 314
- Титова М.И., Вишневский В.А., Егорова В.В., Гумаргалиева К.Э., Демидова В.С.,  
Кашперский Ю. П.**  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ОСТАНОВКИ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ  
И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. . . . . 315
- Топузов Э.Э. Кяккинен А.И., Ерохина Е.А., Каширина И.С.**  
МИНИ-ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ . . . . . 316
- Топузов Э.Г., Рубцов М.А., Князева Ю. В., Абдуллаев Я.П., Галеев Ш.И.**  
РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ —  
ВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ К СНИЖЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ? . . . . . 316
- Трандофилов М.М., Фомин В.С., Зинатулин Д.Р., Крючко П.В., Нефедов Р.Г.,  
Журавлева А.В.**  
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА  
ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ . . . . . 317
- Третьяк С.И., Ларионов А.И., Хрыщанович В.Я.**  
ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕРОЗНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ . . . . . 318



<b>Третьяк С.И., Ларионов А.И., Хрыщанович В.Я.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ . . . . .	319
<b>Тулин А.И., Рибениекс Р., Погодина Е., Стуцка Р., Гардовскис Я.</b> ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ . . . . .	320
<b>Туровец М.И., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В.</b> СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ . . . . .	320
<b>Уханов А.П., Игнатъев А.И., Хачатрян Г.Б., Ковалев С.В., Имангазиев Г.М., Чахмахчев С.Р., Уверткин Р.Ю., Чернышев С.А.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ТРАНСПУПЛОЧНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ . . . . .	321
<b>Фисенко Е.П., Гармаева С.В.</b> УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СОСУДАХ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ . . . . .	322
<b>Фисенко Е.П., Ветшева Н.Н.</b> УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	322
<b>Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Анваров Х.Э., Хашимов М.А.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ГЕНЕЗА. . . . .	323
<b>Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Ходжиев. Ф.Б.</b> НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНОГО СВИЩА . . . . .	324
<b>Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Ходжиев Ф.Б..</b> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНЫМ СВИЩЕМ . . . . .	325
<b>Хаджибаев А.М., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ПЕРИАМПУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. . . . .	325
<b>Хаджибаев А.М., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТРИКТУРАХ ХОЛЕДОХА . . . . .	326
<b>Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Гончаров О.В., Тетерин Г.В., Терентьев В.А.</b> АВТОНОМНОСТЬ БИЛИАРНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА . . . . .	327
<b>Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Насырова С.Р., Суфияров И.Ф.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ В МИНИЛАПАРОТОМНОМ ДОСТУПЕ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . .	328
<b>Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Агьямов Р.И.</b> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ . . . . .	328

- Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Ибраев А.В.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ  
ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ . . . . . 329
- Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А.**  
ПРОФИЛАКТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ  
И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ . . . . . 330
- Холматов П.К.**  
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА . . . . . 331
- Холматов П.К., Гульмуродов Т.Г.**  
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ  
ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 331
- Хомутова Е.Ю., Филиппова Ю.Г.**  
ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ  
ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. . . . 332
- Хоронько Ю.В., Поляк М.И., Дмитриев А.В., Дударев С.И., Саркисов А.Э**  
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: TIPS/ТИПС В СОЧЕТАНИИ  
С СЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ЛЕВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ВЕНЫ. . . . . 333
- Хоронько Ю.В., Коробка В.Л., Шаповалов А.М., Данильчук О.Я., Саркисов А.Э.**  
ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТО-СИСТЕМНОЕ  
ШУНТИРОВАНИЕ (TIPS/ТИПС) В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРАЦИЕЙ  
АЗИГО-ПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА . . . . . 334
- Царев М.И., Филиппов А.В., Рожков А.Г., Трунин И.В., Пархоменко С.А.**  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ . . . . . 335
- Черноусов А.Ф., Егоров А.В., Парнова В.А., Мусаев Г.Х., Фоминых Е.В., Гуревич Л.Е.**  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ  
НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. . . . . 336
- Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Томаев Г.Г.**  
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ . . . . . 337
- Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Мусаев Г.Х., Бекшоков А.С., Фатьянова А.С.,  
Томаев Г.Г.**  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ . . . . 337
- Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Карпова Р.В.**  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ. . . . 338
- Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Карпова Р.В.**  
СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ  
ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ . . . . . 339
- Чернядьев С.А., Ушаков А.А.**  
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ . . . . . 339

<b>Чуклин С.Н., Бигальский И.Ю.</b> МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	340
<b>Чуклин С.Н., Бигальский И.Ю., Гранат О.Б.</b> ПРОДУКТЫ ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	341
<b>Шаталов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Павлов К.И.</b> ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА. . . . .	341
<b>Шнейдер В.Э.</b> ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . .	342
<b>Шраер Т.И., Тарасов А.Н.</b> ВЫБОР МЕТОДА ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕЕ ТОПОГРАФИИ, АНГИОАРХИТЕКТониКИ, ВОЗРАСТА ДОНОРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СЕГМЕНТАРНОГО ТРАНСПЛАНТАТА . . . . .	343
<b>Шулешова А.Г., Брехов Е.И., Калинин В.В., Бордан Н.С., Коробов М.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА . . . . .	344
<b>Шулутко А.М., Агаджанов В.Г., Грязнов С.Е., Натрошвили А.Г., Насиров Ф.Н.</b> ТРАНЗИТОРНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ — ЭРХПГ ИЛИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ . . . . .	345
<b>Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Кухта А.К., Шкурин Д.А.</b> МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННЫМ МЕТОДОМ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ . . . . .	346
<b>Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А., Кухта А.К.</b> ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С «ВЫСОКИМИ СТРИКТУРАМИ» ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛУХОЙ . . . .	346
<b>Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р., Лярский С.П., Королева А.В.</b> ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, СРАВНИВАЮЩЕЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С УЗКИМ И ШИРОКИМ ГЛАВНЫМ ПАНКРЕАТИЧЕСКИМ ПРОТОКОМ . . . . .	348
<b>Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р., Лярский С.П., Королева А.В.</b> ПРОСПЕКТИВНОЕ НЕРАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ БЕГЕРА В МОДИФИКАЦИИ КЛИНИКИ И БЕРНСКОГО ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ БЕГЕРА» . . . . .	349
<b>Эктов В.Н., Соколов А.Н.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ . . . . .	349
<b>Янгибаев Э., Батиров Д.Ю., Шарипов Э.К.</b> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОХОДИМОСТИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА И БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ . . . . .	350

<b>Ярешко В.Г., Живица С.Г.</b> НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	351
<b>Schlaak J.F.</b> ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРЕННЕЙ РАДИОТЕРАПИИ (SIRT) В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ. . . . .	352
<b>V. СЕКЦИЯ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» . . . . .</b>	
<b>Алиева Г.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРАМИ И ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ . . . . .	353
<b>Анваров Х.Э.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ГЕНЕЗА . . . . .	353
<b>Аракелян С.М., Киров М.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. . . . .	354
<b>Артыкбаев А.Ж.</b> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА. . . . .	355
<b>Ахметов А.Д.</b> ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА . . . . .	356
<b>Башарова У.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ КРИОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ. . . . .	356
<b>Бигальский И.Ю.</b> РОЛЬ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . .	357
<b>Вотьев И.В.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ . . . . .	358
<b>Гвоздик Т.П.</b> ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ОДНО ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ. . . . .	359
<b>Гречкин Ф.Н.</b> ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ С ВНУТРИТКАНЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОПЛАЗМЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПЕЧЕНЬ . . . . .	359
<b>Дябкин Е.В., Дунаевская С.С.</b> ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ГЛУТОКСИМОМ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ . . . . .	360
<b>Еськов И.М.</b> СПОСОБ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА К ПЕЧЕНИ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПУТЯМ. . . . .	361



**Жвиташвили И.Д.**

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПРОКСИМАЛЬНЫХ  
РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . . 361

**Иванов А.С.**

ХОЛАНГИОПОРТ С ДВУХПРОВОДНИКОВОЙ СИСТЕМОЙ, КАК ВАРИАНТ  
ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ПРОЦЕДУР: БИОПСИИ  
И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ . . . . . 362

**Исомутдинов А.Э., Юсупов С.Ю.**

ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ  
С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . . 363

**Каменских Е.Д.**

ПРИМЕНЕНИЕ РЕМАКСОЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕД-  
И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . . 363

**Коваленко Ф.С., Горохов А.В.**

МР-ХОЛАНГИОГРАФИЯ С БОЛЮСНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО  
РАСТВОРА ЧЕРЕЗ ХОЛАНГИОСТОМУ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПО ЖЕЛЧНЫМ ПРОТОКАМ  
В ПРОКСИМАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ . . . . . 364

**Корнилов М.Н.**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГЕПАТЭКТОМИИ  
У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА . . . . . 365

**Костюченко М.В.**

ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК  
ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . . 366

**Кугаев М.И.,**

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ  
БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТ СТЕПЕНИ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ  
В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ . . . . . 367

**Кучеров А.А.**

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ  
ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ . . . . . 367

**Магомедов К.М.**

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЦИТОХРОМ Р450 У ПАЦИЕНТОВ В ЛИСТЕ  
ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ . . . . . 368

**Маликов Я.В.**

ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НА ВНУТРИПРОТОВОЕ  
ДАВЛЕНИЕ У МАЛЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ. . . . . 369

**Мелкумян А.В.**

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ . . . . . 370

**Мардонов Л.Л.**

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИИ  
ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ . . . . . 371

**Меньшиков С.А., Федорук Д.А., Дегтярев Ю. Г.**

ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ИЗМЕНЕНИЯ  
В ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОМ БЛОКЕ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ У КРЫС . . . . . 371

**Меньшикова Е.А., Галькевич Н.В.**

СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ . . . . . 372

**Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И., Дядьков А.В.**

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОПЕРИРОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫМ  
СПОСОБОМ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ . . . . . 373

**Момунова О.Н.**

УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНЕМИИ И ТЕМП ДЕКОМПРЕССИИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ  
У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ . . . . . 374

**Муравьев П.Т., Корытная А.Ю.**

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ  
ПАНКРЕАТИТОМ . . . . . 375

**Онзул Е.В., Перьянова О.В., Теплякова О.В.**

ИЗУЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОЙ СПОСОБНОСТИ СТАФИЛОКОККОВ  
И ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НИХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ  
ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ. . . . . 376

**Орлов С.А.**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЖИВОТА. . . . . 376

**Орловский Ю. Н.**

ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ, КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ  
И ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ . . . . . 377

**Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р.**

ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО  
И ДИССЕМИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. . . . . 378

**Рамазанова А.Р.**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА  
У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СОПУТСТВУЮЩИМИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ . . . . . 378

**Свитина К.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С.**

ОСТРЫЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ  
ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. . . . . 379

**Скипенко Т.О., Ким С.Ю., Калмыкова Ю. А.**

МСКТ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ  
ОПЕРАЦИЙ НА ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ  
ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ. . . . . 380

**Стрижков Н.А.**

ФОРМЫ ЭРИТРОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ  
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. . . . . 381

<b>Стукан С.С., Росохай А.В.</b> ВЫБОР СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	382
<b>Стукан С.С., Росохай А.В.</b> ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА . . . . .	382
<b>Сунцова В.Е., Леднева А.В.</b> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТРЕТЬЕГО ТИПА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА . . . . .	383
<b>Тагаева А.А.</b> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .	384
<b>Теплых Н.С.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. . . . .	385
<b>Трынов Н.Н.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ. . . . .	386
<b>Усмонов У.Д.</b> ВЛИЯНИЕ СОРБЦИОННОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ . . . . .	386
<b>Фомин В.С., Евстифеев А.Ю., Акопян А.А., Фомина М.Н., Ковалева Ю.Ю.</b> РЕЗОНАНСНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ОТЕЧНОМ ПАНКРЕАТИТЕ. . . . .	387
<b>Хасенов Ж.Д.</b> НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ . . . . .	388
<b>Хвостунов С.И.</b> КОРРЕКЦИЯ АНТИОКСИДАНТАМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ . . . . .	388
<b>Холматов Ш.Т.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУКОКЛАЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА . . . . .	389
<b>Чилгашев А.Ш.</b> АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА . . . . .	390
<b>Raut V., Mori A., Kaido T., Sasaki N.</b> АВО-НЕСОВМЕСТИМАЯ РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ . . . . .	391